

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

—237

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean A. de WILLIENCOURT

Né à Armentières, le 13 janvier 1896

Ancien interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Ancien moniteur de Gynécologie et d'Obstétrique

de la Faculté de Médecine de Paris

DES

PERFORATIONS SPONTANÉES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE

EN PÉRITOINE LIBRE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o. ÉDITEURS

16, RUE RACINE, 16

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOMÉ D'ÉTAT)

PAR

Jean A. de WILLIENCOURT

Né à Armentières, le 13 janvier 1896

Ancien interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Ancien moniteur de Gynécologie et d'Obstétrique

de la Faculté de Médecine de Paris

DES

PERFORATIONS SPONTANÉES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE

EN PÉRITOINE LIBRE

Président : M. GOSSET, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

16, RUE RACINE, 16

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROcq Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 OYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale,
 RICHET Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
LE LORIER. . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. Clinique médicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique gynécologique et obstétricale à la Faculté

Accoucheur des hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Officier d'Académie

*En reconnaissance de l'accueil
qu'il nous fit à la Clinique Tarnier,
et des leçons qu'il nous prodigua.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui fut notre premier maître en
chirurgie et dont les belles leçons cli-
niques nous ont laissé à tous tant d'ad-
miration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE DE L'HÔPITAL
DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

*A qui je dois d'avoir trouvé la vocation chirurgicale,
de m'y avoir encouragé et soutenu.*

MONSIEUR LE DOCTEUR LARGET

Chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Ancien aide d'Anatomie à la Faculté
Ancien chef de clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMARE

Chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Ancien aide d'Anatomie à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Ex-chef de clinique chirurgicale infantile
Ancien aide d'Anatomie à la Faculté

*En reconnaissance de son amitié
et des leçons du Vendredi à l'hôpi-
tal Saint-Germain qui nous pas-
sionnèrent tous.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANTUÉJOUL

Ex-chef de clinique à la Faculté

*Dont l'amitié et les leçons nous
furent si précieuses et dont la cons-
cience et l'enthousiasme restera tou-
jours pour nous un guide.*

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAGNIEZ

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont nous avons gardé une pro-
fonde admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARRET

Radiologiste de l'Hôpital des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPILLON

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHERECHEWSKY

Médecin de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

SERVICES HOSPITALIERS

EXTERNAT :

- 1920-21. Pitié (chirurgie) : Docteur ARROU
1921-22. Enfants-Assistés (radiologie) : Docteur
BARRET.
— Hôpital Laënnec (médecine) : Docteur RIST.
1922-23. Hôpital Saint-Antoine (médecine) : Doc-
teur PAGNIEZ.
1923-24. Hôpital Necker (médecine) : Professeur
RIBIERRE.
1924-25. Hôpital Trousseau (médecine enfants) :
Docteur PAPILLON.
1925-26. Clinique Tarnier (gynécologie et obsté-
trique) : Professeur Brindeau.

MONITEUR DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

1926. Clinique Tarnier Professeur BRINDEAU.

INTERNE A L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE.

- 1927-28. Service du Docteur LARGET (chirurgie).
1928. Service du Docteur BRUEL et LAMY
(accouchements).
1928. Service du Docteur CHERECHEWSKY
(médecine).
1929. Service du Docteur LAMARE (chirurgie).
1930. Service du Docteur LARGET (chirurgie).

DES

PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VÉSICULE BILIAIRE EN PÉRITOINE LIBRE

« Intervention précoce ! » C'est le cri d'alarme qu'il faut pousser en abordant cette étude. L'on sait en effet que les microbes d'une bile septique ont une virulence considérable (Noetzel). L'infection péritonéale sera d'emblée sévère. Le pronostic sera beaucoup plus sombre que dans le cas de perforation d'un ulcère gastro-duodénal. Il faut donc revenir à toutes les notions d'expérience, apprises depuis ces dernières années, sur les ulcères gastro-duodénaux perforés et exagérer encore l'importance de l'urgence de la précocité de l'intervention.

Dans cette brève étude nous voudrions surtout considérer l'aspect clinique et les conditions d'intervention, nous plaçant à un point de vue de pratique. Ainsi nous insisterons surtout sur les perforations d'origine lithiasique, qui constituent les trois quarts des cas.

Depuis que le Professeur Gosset en 1925 attirait l'attention sur les perforations de la vésicule biliaire lithiasique en péritoine libre, de nombreux travaux ont été publiés.

Plusieurs études d'ensemble ont paru :

A Londres celle de Fifield en 1926 ;

En Belgique celle de Moreau en 1928 ;

A Philadelphie celle d'Emery Alexander en 1927,
de Mitchell en 1928.

Dans ce travail, pour la lithiase nous faisons surtout état des 71 observations de Cotte et Arnaud, et des 40 observations de Gosset. Nous apportons dix observations nouvelles de perforations d'origine lithiasique. Parmi elles, nous rapportons en détail l'observation recueillie dans le service de nos maîtres, Messieurs Lamare et Larget, chirurgiens de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, observation intéressante par bien des côtés, en particulier par les examens de laboratoire si complets, qu'a faits M. Moreau et qu'on ne retrouve dans aucune autre.

Nous rapportons aussi 16 autres observations d'autres causes, 8 de perforations d'origine typhique et 8 autres de perforations par autre cause.

Au total 26 observations rapportées.

Dans ce travail, nous ferons aussi état de nombreuses autres observations (d'Alexander 8, de Mitchell 16, de Fifield 28, de Mac Williams 108) (observations non rapportées).

ÉTIOLOGIE

Nous ferons un chapitre d'étiologie aussi bref que possible.

La perforation de la vésicule biliaire est rare, sur 2.000 opérations abdominales, Hartmann n'en rencontre que trois.

Parmi les affections de la vésicule en général la proportion serait de 2 % environ (Fifield 2,6 %) (1) (Mitchell 1,2 %) (2) et par rapport à la lithiase biliaire 1 % environ (Mac Williams 0,9 %) (3) (Karillon 1,2 %) (4).

Les perforations lithiasiques sont de beaucoup les plus fréquentes, les trois quarts des cas environ. Mac Williams estime qu'elles constituent 74 % des perforations de la vésicule. Fifield sur 27 observations trouve 26 fois des calculs. Mitchell sur 16 observations 11 cas. Nous verrons plus loin que ce

1. Fifield, sur 1,066 cas de cholécystites avec ou sans calculs ne voit que 28 perforations, soit 2,6 %.

2. Mitchell, sur 1.070 interventions sur la vésicule, 16 cas de vésicule perforée, soit 1,2 %.

3. Mac Williams, sur 3.180 interventions pour lithiase biliaire n'en rencontre que 29, soit 0,9 %.

4. Karillon, sur 572 calculoses trouvées à la nécropsie ne voit que 7 perforations, soit 1,2 % dont 3 sur la vésicule et 4 sur les canaux biliaires extra-hépatiques.

sont des perforations tantôt d'origine mécanique, tantôt d'origine infectieuse (cholécystite), mais probablement d'origine mixte, mécanique et infectieuse dans la plupart des cas.

D'autres causes moins fréquentes peuvent provoquer la perforation de la vésicule.

Des *cholécystites aiguës* à microbes variés : anaérobies, associés à des coli, pyogènes, Eberth ou paratyphiques. Mention spéciale doit être faite des *cholécystites typhiques*. Nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

D'autres causes peuvent encore provoquer des perforations de la vésicule biliaire. La *pancréatite chronique* pourrait être la cause d'un certain nombre d'entre elles (observation de Krstisch, obs. rapportée ; observ. de Mitmann).

Le cancer, cancer des voies biliaires, est parfois incriminé. C'est une cause exceptionnelle. Alexander la trouve dans 1,3 % sur 1.000 cas d'affections de la vésicule et du système biliaire. Dans un cas que nous rapportons (Devicenzi) il y avait une tumeur duodénale et perforation de la vésicule et du duodénum. Citons enfin la perforation possible par des parasites venus de l'intestin.

L'âge des sujets est variable. Le maximum est entre 50 et 60 ans. Le plus jeune a 21 ans, le plus âgé 83 ans.

Le plus souvent ce sont les femmes qui sont atteintes. Mac Williams sur ses 114 observations trouve 60 % de femmes. Gosset sur 95 observations,

55 femmes contre 40 hommes. La mortalité chez les femmes serait moindre (45,45 % contre 52,5 % chez les hommes).

Les antécédents pathologiques ne sont signalés que dans 41 observations de Gosset. Dans 33 cas il existe un passé lithiasique, dans 8 cas des antécédents gastriques que l'on peut rapporter à la lithiase, étant donné la fréquence du syndrome gastralgique au cours de cette affection.

Le plus souvent la perforation est spontanée. *Une cause occasionnelle* telle que toux, effort pour se dresser sur son lit (Cotte et Arnaud, obs. 34), effort pour ouvrir une fenêtre, effort de défécation, travail pénible (Härtig 2, Cotte et Arnaud, obs. 1, 8 et 12), accouchement (Härtig 1), est rarement signalée (6 obs.)

CLINIQUE

Nous prendrons comme type de description la perforation lithiasique.

Une femme vers la cinquantaine a déjà souffert de plusieurs coliques hépatiques le plus souvent, ou de simples troubles gastriques tels que l'on en rencontre au cours de la lithiasie. Parfois, aucun antécédent de lithiasie.

Les signes cliniques de perforation vont évoluer en deux périodes :

Première période de début, de perforation, période opératoire.

Deuxième période de péritonite, où le diagnostic causal est difficile, le traitement chirurgical peu efficace, en tableau rigoureusement identique à celui des perforations d'autres causes.

Voici la description typique qu'en donne le professeur Gosset. Le patient « ressent brusquement
« une douleur très violente localisée dans la région
« sous-hépatique, avec irradiation vers les lombes et
« vers l'épigastre : douleur aiguë, pongitive, douleur de perforation. Immédiatement le facies
« s'altère, se couvre de sueur, le pouls est mou, la

« température normale. La malade a souvent
« quelques vomissements. La famille pense à une
« nouvelle crise de coliques hépatiques et demande
« au médecin de venir pratiquer une piqûre de mor-
« phine salutaire. Cependant, les douleurs sont
« plus violentes, elles s'accompagnent d'une gêne
« respiratoire et on peut constater alors un signe
« d'une importance capitale : *c'est l'existence d'une*
« *contracture localisée siégeant sous le rebord costal*
« *droit, s'étendant presque de la ligne médiane*
« *jusque vers la dixième côte, dessinant une zone*
« *semi-circulaire, abaissant fortement le rebord cos-*
« *tal. Cette contracture est rigide, dure, compa-*
« *rable à un « disque de métal glissé dans la paroi » ;*
« *cette contracture est douloureuse ; en son centre,*
« *correspondant au point vésiculaire, une exacerba-*
« *tion peut être notée ; fait capital, cette contrac-*
« *ture est immobile et ne suit pas les mouvements*
« *respiratoires de la paroi abdominale ; d'ailleurs*
« *la malade, si on lui commande de respirer pro-*
« *fondément, ne peut exécuter l'ordre, elle est arrê-*
« *tée par une douleur violente dont elle indique*
« *le siège : l'hypocondre droit. Le reste de l'abdomen*
« *est souple, la fosse iliaque droite est libre, le Dou-*
« *glas n'est pas douloureux.*

« En résumé, trois signes importants : *une dou-*
« *leur violente, une contracture rigide de la zone*
« *douloureuse, une immobilité respiratoire de la*
« *paroi abdominale dans la même région. Accessoire-*
« *ment, les malades présentent une diminution de*

« la sécrétion urinaire et ne rendent pas de gaz.

« Mais très vite ce syndrome initiale si net se
« modifie : la douleur s'étend et la malade accuse
« souvent une douleur très vive dans la fosse iliaque
« droite, la contracture se généralise, le ventre se
« ballonne, le faciès s'altère, le pouls monte à 100,
« 120, la température atteint 39, il n'y a pas de
« matières, pas de gaz, peu d'urine, la malade, cou-
« verte de sueur, souffre moins, mais le Douglas
« est douloureux : c'est alors le début de la période
« de péritonite généralisée, dans laquelle il est si dif-
« ficile de faire préciser par une malade qui souffre
« moins et par une famille inattentive les conditions
« exactes du début dans la localisation de la dou-
« leur primitive, clé du diagnostic

« En somme, la symptomatologie tout à fait com-
« parable à celle de la perforation gastro-duodénale,
« qui ne s'en différencie guère que par un siège
« en général plus médian de la douleur initiale
« et par une évolution plus rapide. » (Professeur
Gosset.)

Cet aspect clinique typique peut varier.

Nous insisterons surtout sur la fréquence et les variations des symptômes les plus importants au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Tout d'abord, le mode de début.

Il arrive qu'un malade souffrant de coliques hépatiques, sous forme de crises semblables à toutes celles qu'il a eu antérieurement, voit brusquement ses douleurs se transformer en douleurs différentes,

douleurs subites aiguës localisées ou douleurs abdominales diffuses avec collapsus (obs. Ingelbrecht, obs. Cotte Ar. 68).

Souvent le début est marqué par des douleurs violentes paroxystiques, angoissantes même, comparées par les malades à un coup d'épée (obs. Thébault) ou à une véritable déchirure (obs. Härtig). Cette intensité de la douleur se retrouve dans dix-huit observations de Gosset plus 8 des nôtres.

Mais ce n'est pas une règle constante. Souvent c'est un simple début brusque, sans douleur brutale. Quelquefois ce sont de simples coliques abdominales sans aucun caractère dramatique.

Cette douleur de début peut être localisée par le malade dans l'hypocondre droit, et cette localisation primitive est d'une grande valeur au point de vue du diagnostic (obs. Grimault, Hautefort, Mériwether, W. Graef, plus 7 cas de Gosset). Malheureusement elle est peu souvent signalée. Elle siège parfois à l'ombilic (4 fois), parfois dans la fosse iliaque droite (3 fois), parfois dans le creux épigastrique (5 fois).

Cette douleur s'irradie tantôt à la fosse iliaque gauche (2 fois), tantôt à l'épaule droite (1 fois), tantôt au petit bassin et à la fosse iliaque droite (9 fois), parfois aux lombes et à l'épigastre (1 fois, obs. Grimault).

La contracture localisée à l'hypocondre droit est aussi un symptôme diagnostique de première impor-

tance. Elle n'est notée que dans 11 cas par Gosset et dans l'observation de Grimault.

L'immobilité respiratoire de la paroi n'est signalée que dans deux observations, une de Gosset et celle de Lamare et Larget. C'est pourtant un symptôme diagnostique capital.

On a signalé trois fois la disparition brusque d'une vésicule perçue antérieurement (Cotte et Ar., obs. 1 et 25 ; Gosset, obs. 28).

Certains auteurs ont insisté sur la teinte jaune de l'ombilic. C'est le signe de Ransohoff (de Cincinnati). Nous le trouvons signalé deux fois par Mériwether.

Fifield insiste sur l'ictère. Il le trouve cinq fois sur 28 cas. Gosset souligne aussi son importance, le trouve dans 13 observations et nous-mêmes dans deux. Cet ictère, d'intensité variable, peut survenir précocement comme dans l'observation 34 de Gosset, où 5 heures après le début, il existait un ictère foncé et généralisé. Il est le plus souvent d'apparition brusque, et revêt d'emblée une assez grande intensité. Routier y insiste aussi : « si au cours d'une crise hépatique survient une douleur en ceinture, angoissante, en même temps qu'apparaît un ictère foncé de tous les téguments et que les douleurs hépatiques spéciales aux malades s'atténuent progressivement, pensez à une rupture possible des voies biliaires. »

Emery Alexander insiste sur les vomissements biliaires abondants. Ce signe coïncidant avec des

douleurs épigastriques qui pourraient faire songer à un ulcus perforé, ne devrait-il pas attirer l'attention vers une autre cause, puisque dans les ulcus gastriques perforés les vomissements sont souvent peu marqués ?

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Abandonnée à elle-même ou méconnue, la perforation de la vésicule aboutit à une péritonite généralisée rapidement mortelle, sans réaction localisatrice, sauf dans 10 observations de Gosset.

« L'évolution de cette péritonite est plus sournoise et plus rapidement mortelle, que celle des autres péritonites par perforation. » (Pr Gosset.)

Sans opération, c'est une mort presque fatale. Erdman sur 27 cas non opérés a 27 décès, Rickets 84 % de morts.

Ce pronostic fatal se modifie lorsque l'opération vient à temps. Erdman sur 7 opérés a 4 guérisons. Rickets, sur une statistique de 203 cas a 58 % de succès. Ehrhardt, Neck, Mériwether arrivent à 73 %, 70 %, 63 % de guérisons opératoires. Cotte et Arnaud sur un ensemble de 76 cas ont des résultats un peu moins bons, 44,7 % de succès. Gosset conclut en disant que dans l'ensemble la *mortalité post-opératoire est de 52,2*.

En réalité cette mortalité varie beaucoup selon le moment où l'on opère. Plus l'intervention est précoce, plus les résultats sont satisfaisants.

Voici la statistique de Mac Williams à ce propos .

opérés dans les 12 premières heures : 85 % de guérisons.

opérés le premier jour : 66 % de guérisons,

— le deuxième jour : 50 % —

— le troisième jour : 50 % —

— le quatrième jour : 20 % —

Cette mortalité est nettement supérieure, dans les mêmes conditions, à la mortalité des perforations d'ulcères gastro-duodénaux, affection actuellement mieux connue et par conséquent mieux diagnostiquée. Hartmann (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923, n° 26) estime qu'après 24 heures la mortalité des ulcères gastro-duodénaux est de 55 %, alors que dans les mêmes conditions, Gosset estime celle des perforations vésiculaires à 59,61 %.

Pour le reste, il faut comme toujours tenir compte de l'âge, de l'état général, de la résistance individuelle du sujet.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic causal est très difficile.

C'est à la période de début qu'il pourra être fait. Plus tard à la période de péritonite diffuse, il deviendra presque impossible.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance du siège de la douleur au début, de la topographie de la contracture et de la douleur à la palpation, sur l'importance des antécédents, antécédents lithiasiques en particulier, sur la notion d'âge aussi.

D'autres signes, tels l'ictère, la coloration jaune de l'ombilic, l'abondance des vomissements bilieux ont un intérêt moindre.

Dans toutes les observations le diagnostic a été rarement fait. Nous ne trouvons un diagnostic ferme que dans 9 cas sur nos 136 observations rapportées, dans 4 cas fut porté celui de cholécystite aiguë. Cependant, dans 15 cas, il avait été fait un diagnostic topographique, puisque l'incision d'attaque fut menée dans l'hypocondre droit.

Mitchell ne trouve un diagnostic exact qu'une fois sur ses 16 observations. Dans les observations de Fifield et d'Emery Alexander, le diagnostic ne fut

jamais posé et ne fut soupçonné que dans un tiers et un sixième des cas.

Les diagnostics les plus fréquemment faits sont ceux de péritonite aiguë seulement, dans 23 observations :

d'appendicite aiguë 15 fois,

d'occlusion intestinale 10 fois,

de perforation d'un ulcus gastrique 4 fois.

L'erreur a encore été commise avec l'infection puerpérale une fois, l'étranglement herniaire 4 fois.

Alexander, Mitchell, Fifield trouvent à peu près les mêmes erreurs de diagnostic.

« Pratiquement au début, trois lésions donnent
« un syndrome comparable : la perforation d'un
« ulcère duodéno-gastrique, l'appendicite perforante,
« l'occlusion iléale haute aiguë par bride ou torsion.
« Dans l'extrême majorité des cas, *le syndrome de*
« *perforation appendiculaire* comprend une douleur
« iliaque, une contracture iliaque, des vomissements
« plus abondants, une réaction thermique plus mar-
« quée. *La perforation de l'ulcère duodéno-gastrique*
« s'observe souvent après un repas, la douleur est
« épigastrique, le malade n'a pas de vomissements,
« la température et le pouls sont peu modifiés au
« début, les antécédents gastriques sont nets. *L'occlu-*
« *sion jéjunale haute aiguë* donne un syndrome très
« comparable à celui de la perforation gastrique ou
« vésiculaire par la violence des douleurs, l'existence
« d'une contracture médiane, la persistance des
« matières et de gaz, et qui en diffère par les vomisse-

« ments bilieux et la diminution considérable de la
« sécrétion urinaire. D'ailleurs cette lésion est rela-
« tivement rare. Et, en réalité, appendicite, ulcère
« perforé, perforation de la vésicule, c'est la même
« incertitude que dans la précision du siège anatomi-
« que du syndrome du carrefour. Il n'est pas là
« question d'examen complexe : il faut décider et déci-
« der vite pour agir vite et correctement. » (Pr. Gos-
set.)

D'autres diagnostics sont à envisager.

Le volvulus total de la vésicule où l'on sent presque toujours une tumeur tendue uniforme, siégeant dans la moitié droite de l'abdomen (1). Le volvulus de la vésicule peut conduire à la gangrène (Cas de Jenckel (2), puis à la rupture ; il se produit alors un véritable éclatement.

L'infection gangréneuse de la vésicule (3) peut aussi prêter à erreur. Il y a une fièvre élevée, des frissons. Le plus souvent on sent une tumeur, grosse, profonde, douloureuse. C'est plutôt un tableau de cholécystite aiguë.

« Dans certains cas, enfin, le diagnostic pourrait se poser à cette affection exceptionnelle, signalée par différents auteurs et que la plupart ont désignée sous le nom de *péritonite biliaire sans perforation*.

1. Cité par Capette : 17 obs. de Danse, th. Paris, 1924 ; cas publiés par Daraignez et Mathieu, Soc. Chir., 9 juin 1926 ; Huddy, *Th. Lancet*, 17 juil. 1927 ; Sutter, 1925 ; Feldmann, 1927 ; Chypley New-York, *Archives of Surgery*, n° 5, mai 27, etc., etc.

2. Jenckel, *Deut. Zeits. f. Chir.* Leipzig, juil. 1926.

3. Walberg, *Munch. Med. Woch.*, n° 49, 9 déc. 27.

Après un syndrome abdominal brutal, rappelant celui de la perforation, on trouve, à l'intervention, une cavité péritonéale remplie de liquide biliaire, la vésicule étant intacte. Il s'agirait, d'après ces auteurs, d'une transsudation de bile à travers les parois de la vésicule, dont le contenu est sous tension. » (Prof. Gosset) (1).

1. Clairmont et Haberer, *Péritonite biliaire sans perforation de la vésicule. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XXII, 1910, page 154 ; Leriche, *De la transsudation biliaire à travers la vésicule non perforée*. Soc. de Chir. de Lyon, 1^{er} mars 1923 ; Schievelbein, *Péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires. Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. LXXI, fasc. 2, déc. 1910, page 510 à 513 (analysé in *Journal de Chirurgie*, 1911, page 219) ; Krstitch, Belgrade, *Archives de Médecine Serbe*, octobre 1911, n° 214 ; Meyer May, *Péritonite biliaire sans perforation évidente des voies biliaires. Presse médicale*, 8 nov. 1924, page 883.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALE. TRAITEMENT

Voici comment se présentent les lésions à l'intervention.

A l'incision, la paroi se montre parfois œdémateuse et jaune (obs. 6, 14 et 38 de Gosset), l'aponévrose est parfois teintée en jaune (obs. 19).

C'est à l'ouverture du péritoine le plus souvent que l'on va faire le diagnostic de perforation biliaire à l'aspect du liquide qui va s'écouler. Tantôt c'est un liquide doré, sirupeux, tantôt c'est un liquide verdâtre, mais en tout cas clair et limpide (39 cas), tantôt c'est un liquide verdâtre un peu trouble, bile mélangée de pus (28 observat.). Parfois c'est une bile franchement purulente, même du pus (Bonamy) mais exceptionnellement. Dans un cas (Hautefort) c'est un liquide filant noirâtre, bile noire, bile mélangée de sang. On cite quelques observations où du liquide s'écoulait à l'ouverture du ventre (4 cas de Gosset, plus obs. de Waters). Cette bile amène quelquefois en s'écoulant de petits calculs (Krstich 1). La quantité de liquide est variable, elle peut être très abondante, plus d'un litre (O. Grimault),

en moyenne, seulement quelques centaines de grammes.

Mais en pratique, c'est surtout l'aspect de cette bile : *bile claire* ou *bile trouble*, que l'on devra noter et qui pourra faire présumer dans une certaine mesure de l'état de septicité de la bile, notions que seul le laboratoire pourra ultérieurement préciser.

Cet épanchement est libre dans la cavité périto néale. Il semble se collecter sous le foie au-dessus du côlon. Cet épanchement, suivant le côlon droit, descend le long du bord externe du côlon descendant et va vers la fosse iliaque droite (13 cas) ou s'accumule dans le Douglas (6 fois).

Des adhérences lâches, témoins d'une tendance à la localisation, existaient dans 10 observations (2 cas de G. plus Bonamy 2).

Le chirurgien, dont le diagnostic avait été le plus souvent imprécis avant l'intervention, éclairé dès l'incision du péritoine par le liquide bilieux qui s'écoule, va immédiatement à la vésicule biliaire.

Voici les lésions qu'il constate :

la vésicule est perforée. Le plus souvent, c'est au niveau du fond (35 cas), souvent aussi, au niveau du col (14 cas), de la face inférieure (13). Il est plus rare que la perforation siège à la face supérieure (4 cas).

Cette perforation a des dimensions variables. Sur 8 de nos observations, où la dimension de la perforation est notée, on trouve : 3 fois une perforation en grain de mil, — 4 fois une perforation lenticu-

laire, — une fois une pèrforation comme l'extrémité de l'index, avec découpures profondes. Dans les observations de Cotte et Arnaud, de Gosset, les dimensions sont le plus souvent évaluées à 1 cm. de côté, généralement plus importantes que celles des ulcères gastro-duodénaux. Dans 3 cas, ces auteurs ont noté de vastes déchirures de la vésicule (6 cm. de long dans 2 cas).

Cette perforation siège souvent au milieu d'une zone épaissie et blanchâtre (5 de nos cas).

Habituellement, la perforation est unique. Dans 3 cas, on la note multiple. Premier cas (ob. 63 de Cotte et Arnaud) : en dehors de la grosse perforation sur la vésicule biliaire, il existait une destruction de l'abouchement du cystique dans le cholédoque et une grosse perte de substance du cholédoque. — Deuxième cas (obs. 23 de Cotte et Arnaud) : vésicule perforée en plusieurs endroits. — Troisième cas, (obs. 2 de Gosset) : au-dessous de la perforation, siégeant sur l'ampoule, il en existe une seconde et un point où le col était adhérent au duodénum, ce dernier était également perforé, et un calcul à cheval sur les deux perforations vésiculaire et duodénale.

On ne rencontre de calculs que *dans les trois quarts des cas* environ.

Très souvent il est noté que la perforation siège au niveau d'un calcul resté dans la vésicule (4 fois) (Bertonex, Cotte et Arnaud, obs. 10, 12, 17, 22, 37, 40 ; Gosset : obs. 2, 10, 19, 40). Dans quelques cas

un calcul vient pointer à travers la perforation : tel le cas de W. Graef, où un calcul, avec une pointe de 15 mm. passe à travers la perforation.

Ces calculs peuvent être de nombre et de grosseur variable, mais plusieurs fois, fait intéressant, on y a trouvé des calculs cassés à arêtes plus ou moins dures, et même pointues (W. Graef) et l'on peut se demander, si ces arêtes n'ont pas contribué à la perforation (Lamare, Larget : calculs brisés ; Hautefort : fragment de calculs).

La vésicule a des lésions de cholécystite plus ou moins marquées, tantôt hypertrophiques, tantôt atrophiques. La muqueuse plus ou moins altérée, présente souvent plusieurs ulcérations. Parfois, il y a une véritable gangrène de la vésicule (Fifield, Bonamy, etc.).

Dans le cas de Waters, il y avait une ulcération de l'artère cystique, ayant entraîné une hémorragie intra-péritonéale importante.

Les voies biliaires principales sont habituellement indemnes. Dans un cas de Krstich, il y avait oblitération du cholédoque. Dans un cas de Bonnet, la voie biliaire principale est dilatée. Dans un autre (Cotte et Arnaud, n° 63) il existe une destruction de l'abouchement du cystique dans le cholédoque.

D'autres lésions peuvent être rencontrées. Dans un cas, nous trouvons outre deux perforations, une de la vésicule, une autre du duodénum, à l'union de ces première et deuxième portions, une véritable tumeur du duodénum (Devicenzi).

Dans un cas de Krstich, il y a de la pancréatite chronique sans autres lésions.

Dans un cas de Sweiger, sont notées des plaques de cystostéato nécrose sur le grand épiploon (perforation d'origine lithiasique).

EXAMENS DE LABORATOIRE.

Ils ont été rarement pratiqués.

L'examen de la paroi vésiculaire a été fait dans deux cas : (obs. 3 de Gosset), lésions de cholécystite aiguë ; (obs. 26 de Gosset) lésions de cholécystite gangréneuse.

L'examen bactériologique du liquide épanché a été pratiqué cette fois. Lamare et Larget trouvent un streptocoque non hémolytique de Libert. Deux fois on trouve du coli-bacille (Cotte et Ar., obs. 60 ; Gosset, obs. 2), une fois des cocci en groupe et quelques bacilles à Gram négatifs (obs. 28 de Gosset). Deux examens ont été négatifs (Cotte et Ar., obs. 24 ; Gosset, obs. II). Dans leur cas, survenu au cours de l'épidémie d'ictère à Gallipoli, Morley et Smith trouvent dans la bile du micrococcus tétragénus, du staphylocoque pyogènes albus et du bacille paratyphique B.

INTERVENTION.

Nous ne reviendrons pas sur les notions développées au chapitre du pronostic, sur l'importance d'une intervention précoce.

L'anesthésie sera légère, minima.

L'incision sera de préférence une incision transversale sous-hépatique.

L'intervention doit remplir un double but : débarrasser le péritoine de l'épanchement qui s'y trouve, empêcher celui-ci de se reproduire.

Intervention sur la vésicule :

La suture de la vésicule, avec ou sans greffe épiploïque est à rejeter ; elle est difficile et peu solide, s'effectuant en tissu malade. Elle est d'ailleurs illogique. Pourquoi fermer une vésicule infectée, ouverte spontanément ? Cotte et Arnaud publie un cas de mort contre un succès ; Devicenzi ; un succès.

La cholécystectomie est pour Gosset, Lecène, Leriche, Hartmann, Papin, l'opération de choix : suffisamment rapide, elle est radicale et définitive. Dans les cas de cholécystite gangréneuse, elle supprime le foyer toxique : ici, comme dans les péritonites appendiculaires, la guérison se fait beaucoup plus sûrement après l'ablation de l'organe malade. Elle évite toute récurrence.

Mais elle est plus shockante que le simple drainage de la vésicule ; sa mortalité est plus élevée. Mac Williams note 47 % de guérisons seulement pour la cholécystectomie contre 61 % de guérisons par la cholécystostomie. Gosset trouve la cholécystectomie pratiquée 33 fois avec 18 succès et 15 morts. Nous trouvons une série heureuse, avec seulement un mort sur 6.

La cholécystectomie est en somme à pratiquer dans deux conditions différentes : 1° Lorsqu'on a l'occasion d'opérer immédiatement, au début des accidents, avec état général bon ; 2° dans les cas de gangrène hypertoxique de la vésicule (Moreau, Cogniaux).

Le drainage de la vésicule par cholécystostomie est l'opération de choix, où la mortalité est la moins élevée. Mac Williams lui attribua le maximum de guérisons, 61 %. Sur 44 cas dans les observations de Cotte et Arnaud, Gosset et les nôtres, il y a 24 guérisons et 20 morts.

Ce drainage de la vésicule peut se faire soit en abouchant la perforation à la peau si la rupture est bien placée sur le fond vésiculaire, sinon par un simple drain dans la perforation avec tamponnement sous-vésiculaire, soit encore, en abouchant le fond de la vésicule à la peau par un drain, après suture de la perforation, lorsque celle-ci siège trop bas pour être amenée à la peau (perforation du col par exemple).

Le drainage sous-hépatique simple, sans intervention sur la vésicule, est un *procédé rapide* qui permet d'isoler complètement la région du reste de la cavité péritonéale. Pratiquée 13 fois, il a donné 7 guérisons et 6 décès.

Dans tous les cas, cholécystectomie, cholécystostomie, ou drainage sous-hépatique simple, il faut toujours isoler la région du reste de l'abdomen par des mèches nombreuses. Selon une technique

employée par MM. Larget et Lamare à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye et qui nous a donné des résultats constants merveilleux, l'on pourra imbi-ber les mèches de bouillon vaccin.

Il faut toujours compléter l'intervention par un assèchement du péritoine et un drainage soit par un *drain dans le Douglas*, par boutonnière suspubienne (Hartmann, *Traitement des péritonites aiguës*. Congrès français de chirurgie, 1911, p. 373), soit par un Mickulicz au besoin.

Signalons enfin un cas de Krstich où fut pratiquée une cholécysto-gastrotomie avec succès.

Soins post-opératoires. — Il faudra mettre le malade dans la position de Fowler. On pourra lui faire du sérum et de l'urotropine par goutte à goutte de Murphy, des toni-cardiaques. Dans l'observation de MM. Lamare et Larget l'on fit l'injection de 50 unités d'insuline en deux fois en même temps que du sérum glucosé avec amélioration nette. Cette méthode a souvent été d'un précieux secours dans les suites opératoires.

Si les circonstances y obligent (température, etc.) et que l'on ait une bonne réactivité du sujet, il sera bon comme l'on pratiqué nos Maîtres, MM. Larget et Lamare, de pratiquer de la vaccination par auto ou stoc vaccin, méthode qui leur a donné dans ces dernières années des résultats souvent inespérés.

Si le sujet a eu des vomissements fort abondants ou si des signes d'occlusion (par adhérences des

ances) apparaissent, l'on pratiquera des injections salées hypertoniques intra-veineuses selon la méthode préconisée par le professeur Gosset dans ses dernières années.

Nous ne saurions terminer ce chapitre de traitement sans recommander de faire secondairement, si possible, une cholécystectomie. Dans deux observations, on a vu une vésicule biliaire perforée spontanément une première fois et perforée de nouveau une deuxième fois (Hartig, Bonamy 2). Cette *cholécystectomie secondaire* est notée deux fois : obs. 38 de Cotte et Arnaud, ob. 10 de Gosset.

PATHOGÉNIE

Nous serons bref sur ce chapitre qui, en somme, est peu connu.

Cependant Cotte et Arnaud insistent beaucoup sur deux circonstances différentes et dont le pronostic aussi est très différent :

1^o Lithiasiques anciens qui depuis longtemps n'ont présenté aucune poussée infectieuse, — certains avec une vésicule distendue rompue par traumatisme ou effort (obs. 1 Cotte et Ar.), — d'autres, un calcul enclavé au niveau du col, qui a creusé une ulcération de compression (ulcère de décubitus de Liebold) et provoqué une perforation. Il s'en est suivi un écoulement de bile dans le péritoine, un cholé-péritoine, dont le pronostic est bon si on ne retarde pas trop l'intervention.

2^o Rupture au cours de cholécystites aiguës ou gangréneuses dont le pronostic est très grave, même si l'intervention est faite dès les premières heures.

Il y aurait donc deux modes de rupture :

rupture d'origine mécanique proprement dite,
rupture par cause infectieuse.

Et chacune de ces modalités a un pronostic très différent.

1^o CAUSES MÉCANIQUES.

Dans le cours des observations, 11 fois il a été trouvé un calcul au contact de l'ulcération. On peut penser que celle-ci est le fait du contact prolongé du calcul en un point et ceci paraît d'autant plus probable, dans les cas de calculs brisés (Lamare, Larget, Hautefort) ou de calculs pointus (W. Graef).

Le mécanisme de la rupture d'une vésicule distendue par trauma ou effort, semble plus rare. Il faut qu'il y ait oblitération du cystique par un calcul ou par toute autre cause, oblitération qui peut être temporaire du reste. La vésicule distendue se contracte avec effort. Fink insiste sur la raréfaction de la musculature du pôle de la vésicule sous cet effort. Il suffit alors du moindre choc, du moindre effort pour provoquer une rupture de cette vésicule devenue fragile à l'excès. Il semble que l'on puisse rattacher à ce cas l'observation de Hautefort avec large perforation à découpures profondes, et les observations 1 et 67 de Cotte et Arnaud, l'observation 21 de Gosset. C'est également à un éclatement de la vésicule, que correspond probablement cette observation de Cotte et Arnaud (obs. 8) où au cours d'une colique hépatique, la douleur disparut brusquement en même temps que survint du collapsus et des douleurs abdominales diffuses.

2^o CAUSES INFECTIEUSES.

Elles jouent le plus grand rôle dans la plupart des cas, tout d'abord dans les cholécystites aiguës, les cholécystites gangréneuses, les cholécystites typhiques où on ne trouve pas de calculs, mais aussi, semble-t-il, dans les cholécystites lithiasiques.

Telles sont les observations de Lamare et Larget, celle de Cotte et Arnaud, n^o 60, où l'on a trouvé de petit abcès intra-pariétaux.

Telles sont encore les observations de vésicule gangréneuse (Bonamy 2, Morley, Torrance, Hallé-Marquézy, plus 7 observations de Gosset).

Telles sont enfin les observations où la vésicule contient de la bile purulente ou du pus (12 observations).

Dans deux cas où il fut pratiqué, l'examen histologique montrait des lésions de cholécystite aiguë (obs 3 de Gosset), de cholécystite gangréneuse (obs. 26 de Gosset).

3^o Mac Williams insiste sur les causes trophiques : troubles circulatoires par thrombose vasculaire ou pression du calcul sur les vaisseaux correspondants.

Tous ces mécanismes doivent se combiner : « au cours d'une cholécystite calculeuse chronique
« l'oblitération subite du cystite, soit par un calcul,
« soit par une poussée d'œdème inflammatoire,

« réalise les meilleures conditions pour l'exaltation
« de la virulence microbienne et permet ainsi le
« développement rapide d'un ulcère infectieux
« aigu de la paroi vésiculaire, profondément altérée
« dans sa trophicité au contact d'un calcul com-
« pressé » (Prof. Gosset).

C'est ici le lieu de relater les recherches expérimentales de Noetzel (Communicat. au 39^e Congrès allemand de chirurgie de Berlin, mars-avril 1910 in *Zentralblatt für Chirurgie*, n^o 31, 1910, p. 73-74).

Les expériences d'Ehrhardt avaient fait croire que les péritonites par perforation biliaire étaient relativement bénignes. Noetzel, après Körte, les considère au contraire comme très graves. La bile créerait en effet une inhibition de la résistance normale de la séreuse aux infections. Voici les expériences que fit Noetzel. A certains animaux il fit une simple inoculation de staphylocoques ou de coli-bacilles dans le péritoine, à d'autres il fait une plaie de la vésicule biliaire sans inoculation ; dans les deux cas les animaux survivent. Ceux au contraire qui ont eu à la fois une inoculation de microbes et une plaie de la vésicule, succombent en moins de 24 heures à une septicémie péritonéale suraiguë.

L'expérimentation vient donc confirmer ce que nous avait appris la clinique.

PERFORATION VÉSICULAIRE TYPHIQUE

Ces perforations typhiques nécessitent un chapitre spécial tant leurs conditions d'apparition et leurs pronostics sont différents.

Nous en reproduisons huit observations. Nous faisons état, en outre, de la statistique de Cooper-Ashhurst, sur 17 observations et enfin de notions apportées dans 3 observations d'Emery Alexander et une observation de Fifield, enfin de 16 observations de Camac.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES.

Les perforations par cholécystites typhiques sont ordinairement dues à l'association d'autres microbes aux bacilles typhiques ou paratyphiques : anaérobie, coli, pyogène, parfois le bacille d'Eberth ou 1 paratyphique provoquent-eux seuls la cholécystite. Dans d'autres cas encore les bacilles de la typhoïde ne sont pas retrouvés comme agent causal et la cholécystite au cours de la fièvre typhoïde est alors due à d'autres associations microbiennes.

Le moment d'apparition est variable. C'est habituellement du 2^e au 3^e septenaire, que la cho-

lécystite typhique se complique de perforations. Mais ce peut fort bien être au cours de la convalescence qu'apparaît brusquement une péritonite aiguë, ou même longtemps après (1). Le bacille d'Eberth a une étonnante longévité dans le corps de l'homme (prof. Chantemesse).

Nous n'apportons qu'une observation de perforation survenue à la période fébrile de la typhoïde (Lavinder, 20^e jour), par contre nous en apportons 3 à la quatrième semaine et 2 autres à la sixième semaine, enfin une au quatrième mois au cours d'une fièvre typhoïde à rechute.

CLINIQUE.

Le malade profondément intoxiqué réagit peu ou pas à une nouvelle intoxication. Le professeur Quenu dit ceci : « il est nécessaire au cours de la fièvre typhoïde de surveiller attentivement la région de la vésicule, de tenir compte des moindres douleurs accusées par le malade dans la région de l'hypocondre et de temps en temps d'y pratiquer une exploration discrète. »

1. Camac, *Gallbladder complications of typhoid fever. The John Hopkins Hospital Reports the ut.*

Perforations du 10^e au 15^e jour de la typhoïde : 5 cas

—	21 ^e au 30 ^e	—	5 cas
—	31 ^e au 40 ^e	—	1 cas
—	41 ^e au 50 ^e	—	2 cas
—	51 ^e au 60 ^e	—	1 cas
—	au 2 ^e mois		1 cas
—	au 3 ^e mois		1 cas

Cooper Ashhurst dans *The American Journal of the medical sciences*, I, 1908, n° 433, en donne le tableau suivant : ces perforations se présentent sous deux modalités différentes :

Dans l'une, la douleur graduellement croissante, bien localisée par le malade dans l'hypocondre droit, coïncide fréquemment avec l'existence d'une tumeur sous-hépatique qui est la vésicule (2 obs. d'Ashhurst publiées plus loin) ;

Dans l'autre apparaît une attaque brusque de douleur intense après une période variable de quelques heures à 10 jours où les signes précédents existaient déjà. Il se produit une chute de la température. Tout cela est bientôt suivi, si on n'intervient pas, de fièvre, de généralisation de la douleur, de météorisme (obs. citées plus loin de Lavinder, Erdmann, M. Williams, Guibal, Prince).

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est très malaisé. Dans nos huit observations 3 fois fut fait le diagnostic de perforation intestinale et une fois celui de péritonite.

Le diagnostic ne fut soupçonné que dans le cas du docteur Guibal.

Cooper Ashhurst sur 21 cas a vu le diagnostic posé 10 fois. Dans 9 cas on posa le diagnostic de perforation intestinale et dans un cas celui de péritonite.

PRONOSTIC.

La mortalité est considérable, 53 % de morts pour C. Ashhurst. Sur nos 8 cas, il y a 4 morts et 4 guérisons.

Il y a beaucoup plus d'éléments qui entrent en jeu pour modifier ce pronostic que dans les autres perforations biliaires.

Tout d'abord, le moment de la fièvre typhoïde où apparaît la perforation. Cooper Ashhurst montre en effet que dans la première et la deuxième semaine la mortalité est très élevée, 100 % et 80 %.

A la convalescence la mortalité s'abaisse à 60 % et plus tard elle s'abaisse encore.

L'âge des malades a aussi une grosse importance ; plus le sujet est jeune, plus la mortalité est élevée. De 10 ans à 19 ans, la mortalité s'élève à 80 %. Après 20 ans elle s'abaisse à 60 % et 50 %.

Evidemment, ici encore, la précocité de l'intervention a une importance capitale au point de vue pronostic, nous n'y reviendrons pas.

INTERVENTION. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ici encore, plus encore que dans les autres cas, il faut un minimum d'anesthésie, une intervention rapide.

A l'ouverture du péritoine, bile louche comme toujours.

La vésicule est perforée en des sièges variables ; 2 fois au niveau du fond, plus souvent près du col vésiculaire (5 fois dans nos 8 cas).

Cette perforation est souvent *très large*, énorme, 3 fois (Lavinder, rupture du fond ; Erdmann ; Mac Williams, plus grande que 10 centimes ; Ashhurst 2).

Dans le cas de Lavinder, il y avait deux perforations.

Un fait qui semble particulier à la typhoïde, c'est le nombre et l'étendue des plaques sphacéliques, non seulement autour de la perforation, mais encore en d'autres points de la vésicule ; c'est encore le nombre des ulcérations de la muqueuse signalées dans presque toutes les observations.

Les microbes n'ont été recherchés dans nos observations que deux fois seulement. Dans l'observation de Erdmann on trouva des bacilles typhiques et des coli. Dans l'observation de Guibal on trouva du streptocoque, des coli mais pas d'Eberth.

Ashhurst trouve une fois du bacille paracolique.

En principe, là plus qu'ailleurs, il faut un minimum d'intervention : drainage de la vésicule avec mèche sous hépatique et drainage du péritoine.

L'intervention doit être menée le plus rapidement possible.

Elle doit s'entourer de tous les soins pré et post-opératoires possibles, toni-cardiaques, etc. Il nous faut cependant signaler que sur deux cholécystectomies pratiquées, une guérit.

OBSERVATIONS

I. Observations de perforations biliaires au cours de la lithiase et autres causes (sauf la fièvre typhoïde).

OBS. I.

M. Larget et J.-P. Lamare : *Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre. — Opération. — Guérison.*

« L'un de nous est appelé, le 19 juin 1927, auprès de Mme D..., par son médecin, le Dr Cointepas, de Marly-le-Roi.

Il s'agit d'une malade de 35 ans, qui a été prise 30 heures auparavant, d'une douleur vive, brutale, dans la fosse iliaque droite.

Son médecin, qui la connaît depuis longtemps, nous raconte qu'il l'a déjà traitée pour des crises de coliques hépatiques typiques, mais qu'aujourd'hui, il semble s'agir de toute autre chose.

Le facies de la malade est nettement péritonéal. Les yeux sont cernés, excavés ; le nez est pincé ; la température est de 39°5. Le pouls, de très mauvaise qualité, bat à 130.

Au point de vue fonctionnel, on note que la malade vomit et qu'il n'y a pas eu d'émission de selle ou de gaz depuis le début des accidents.

Localement, notre examen révèle les signes suivants :

à l'inspection : abdomen légèrement ballonné ne « respirant » pas et, cela, surtout dans la partie sous-ombilicale.

A la palpation : douleur vive avec contracture au point de Mc Burney. Ailleurs, la contracture est moins marquée et nulle part on ne réveille de douleur aussi vive.

A la percussion : matité déclive. Toucher vaginal : négatif.

Dans ces conditions, on pense à une péritonite généralisée par perforation appendiculaire. L'opération d'urgence s'impose. Elle est proposée et acceptée.

Intervention, le 19 juin 1927 :

1^o Incision de Mc Burney. L'appendice apparaît de suite. Il est sain. De la bile trouble s'écoule par l'incision. On referme l'abdomen.

2^o Laparotomie transversale sous-hépatique. Vésicule biliaire grisâtre portant, près du fond, une perforation de la grosseur d'un grain de mil par où s'échappe de la bile. (Cette bile est prélevée pour examen.)

Connaissant la gravité de ce genre d'affection, surtout après 30 heures d'évolution, on décide de faire le minimum. Ouverture de la vésicule en réséquant la partie perforée, et ablation de deux calculs dont un est brisé en deux parties.

Un drain dans la vésicule avec trois mèches imbibées de bouillon-vaccin entourant l'organe. Un autre drain est mis en place pour que la bile épanchée dans la grande cavité puisse s'écouler.

Suites opératoires. — Elles furent assez mouvementées les deux premiers jours et marquées par un shock considérable avec état très grave. Conformément à une habitude qui semble nous être fidèle, la malade reçoit, en deux fois, 50 unités cliniques d'insuline, en même temps

que du sérum glucosé. L'amélioration est considérable.

A partir du deuxième jour, infection d'un auto-vaccin formolé dosé à un milliard de germes par cme.

La température tombe graduellement. Le 3 juillet suivant, la fistule est fermée, spontanément.

Cette malade revue depuis se porte bien.

Examens de laboratoire. — 1^o Bile et calculs :

Bile (examen bactériologique). — Les ensemencements de départ ont été faits sur gélose peptonée, gélose à l'œuf, bouillon peptoné, bouillon à l'œuf. Après 24 heures d'étuve, on a observé sur les milieux solides de fines colonies semblables, presque transparentes qui sont devenues plus opaques dans la suite. Le bouillon était trouble uniformément, sans dépôt et sans collerette. L'examen microscopique des milieux solides et liquides montre des cocci à Gram positif et, en bouillon, se présentant sous forme de très courtes chaînettes.

La vérification du phénomène de Neufeld permet d'éliminer le pneumocoque. Les repiquages nous permirent de penser que nous étions en présence d'une variété de streptocoque non hémolytique, formé d'éléments plus ou moins bien arrondis, à chaînettes assez longues (15 à 20 éléments), signalé par E. Libert (J. M. F. décembre 1924), et qui estime que cette race de streptocoque, non hémolysante, apparaît beaucoup plus considérable qu'elle ne semblait l'être.

Calcul. — Grosseur et aspect d'une mûre, de couleur jaune tirant sur le vert. Poids spécifique inférieur à 1.000.

L'examen micro-chimique montre des lamelles typiques du cholestérol. Du reste la réaction de Salkowsky

est positive. Il existe, en outre, des pigments biliaires et des matières minérales. Le dosage de ces différents éléments donne :

Cholestérol	94,50 %
Pigments biliaires	3,50 %
Matières minérales	2 %

2^o Examen anatomo-pathologique d'un fragment de la paroi vésiculaire (D^r Yvan Bertrand) :

On a l'impression que la perte de substance a été dilacérée au cours des manœuvres opératoires. Dans les parties voisines, on note une réaction inflammatoire de la muqueuse avec nombreux petits abcès intra-pariétaux.

Dans cette observation, comme dans beaucoup d'autres réunies dans le mémoire publié par M. Gosset, le diagnostic a été erroné. Nous ne croyons pas, malgré les antécédents de coliques hépatiques, que l'on pouvait penser à la perforation vésiculaire, car les signes physiques étaient beaucoup plus marqués dans la fosse iliaque que dans l'hypochondre.

Quelle est la cause de la perforation ? Nous avons trouvé, dans la vésicule, un calcul brisé. Nous pensons que ce calcul, dont les bords étaient devenus coupants, a pu perforer une vésicule, dont les parois étaient rendues friables par l'existence de petits abcès intra-pariétaux. »

OBS. II.

R. Bonamy (*Paris chirurgical*, 21 janvier 1927) : *Trois cas de rupture de la vésicule biliaire.*

1^o « Ma première observation concerne un homme de 45 ans à passé gastrique, que je vis trois jours après le

début de la crise dans un état général alarmant, avec tous les signes d'une péritonite en voie de généralisation. Le ventre était extrêmement ballonné, sonore partout, sauf en une zone de submatité dans la région sous-hépatique. Je pensais à une perforation gastrique et fis une laparotomie transversale sous-costale qui donna immédiatement issue à une vaste collection purulente, composée en grande partie de bile, qu'on voyait sortir par une perforation de la vésicule. Etant donné l'état très grave de mon malade, je me bornai à ouvrir la vésicule qui renfermait du pus et du sang sans aucun calcul et à la fixer à la paroi : Mickulicz et drainage de la collection purulente et fermeture rapide de la paroi en un plan au fil de bronze. Guérison. »

2^o « Dans un 2^e fait, il s'agit d'une femme de 42 ans que j'opérai 4 jours après le début de la crise, et chez laquelle j'avais fait le diagnostic d'appendicite aiguë perforante.

Je fis une incision large de Mc Burney et, à l'ouverture du péritoine, je vis s'écouler un flot de bile purulente dans laquelle baignaient les anses intestinales enflammées et recouvertes de fausses membranes. En raison de l'état plus que précaire de la malade, je renonçai à explorer la région vésiculaire et me contentai de mettre deux Mickulicz, l'un poussé au contact de la vésicule, l'autre plongeant jusqu'au fond du Douglas. Un mois plus tard, la malade quittait la maison de santé, guérie de son opération.

Neuf mois après cette première intervention, on me ramena la malade en pleine crise de *péritonite*, 2 jours après le début des accidents. Je fis immédiatement une laparotomie transversale, sous-costale et j'ouvris ainsi une collection purulente au milieu de laquelle baignait une grosse vésicule gangrenée et perforée. Je branchai, sur

l'incision transversale, une incision verticale et j'enlevai rapidement cette vésicule, qui contenait 70 calculs. La malade était guérie au bout de 25 jours. »

3° « Enfin une 3^e malade, âgée de 64 ans, obèse éthylique, souffrant du ventre depuis quelques jours et traitée d'abord par des applications de glace sur le ventre, fut considérée également comme atteinte d'*appendicite* et j'ouvris, par incision de Mc Burney, une collection purulente renfermant de la bile en abondance. Un drainage avec Mickulicz fut placé dans la région de la vésicule biliaire, un autre dans le Douglas avec plusieurs mèches. La malade succomba le soir de l'intervention. »

OBS. III.

Hautefort (*Paris chir.*, 1921, p. 331) : *Rupture de la vésicule biliaire au cours d'une cholécystite aiguë. Cholécystostomie. Guérison.*

Appelé d'urgence auprès d'un homme de 50 ans, soigné depuis 8 jours pour des coliques abdominales à point de départ sous-hépatique.

Au début, il y avait eu sédation sous l'influence de la morphine ; mais après 4 jours les crises sont réapparues de plus en plus fréquentes et pénibles.

Examen : *Etat grave*, anxiété, sueurs froides, langue saburrale presque rôtie, pouls 130 : température : 39°8.

Abdomen météorisé. Point vésiculaire très douloureux. Contracture des droits.

Diagnostic : *cholécystite aiguë.*

Transport très cahoté, après lequel shock marqué.

Opération le lendemain matin.

Choléecystostomie sous anesthésie générale à l'éther.

Incision de Kehr : le péritoine ouvert, un flot de bile noire s'échappe ; les anses intestinales baignent dans cette bile : plus d'un litre.

La vésicule presque vide est rompue. L'orifice à la face inférieure près du fond admet l'extrémité de l'index, — irrégulier, — à découpures profondes ; sur ses bords, les tuniques vésiculaires sont amincies, mais la muqueuse ne paraît pas altérée. On agrandit un peu la perforation et on retire de la vésicule boue biliaire à la curette avec fragments de calcul et, semble-t-il, du pus mélangé à cette boue. Pas de calculs des canaux biliaires.

Vésicule isolée par des mèches, drains dans et sous elle ; assèchement péritonéal. Drain dans le Douglas. Paroi en un plan fils de bronze.

Suites. — Au 40^e jour, plus de bile par le tube ; la fistule se ferme. Le malade, revu neuf mois après, n'a plus jamais présenté d'accidents biliaires.

OBS. IV.

M. Grimault, d'Algrange (Moselle). Rapport de M. L. Capette : *Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre.*

Résumé : Un homme de 54 ans en se levant à 5 h. du matin pour aller à son travail ressent des douleurs violentes et brutales siégeant dans l'hypochondre droit, irradiant vers les lombes et l'épigastre, s'accompagnant de nausées sans vomissements cependant.

Calme dans la journée avec compresses chaudes. Reprise dans la nuit de douleurs très violentes. Le malade se tord sur son lit.

Examen : malade livide, angoisse, respiration fréquente et superficielle, langue blanche et saburrale, 36°5, pouls 100 bien frappé, teint légèrement subictérique.

Localement : contracture généralisée de l'abdomen ; ventre de bois sous rebord costal droit, jusque ligne médiane, abdomen moins tendu sur le reste de son étendue ; douleurs partout, mais surtout sous fausses côtes à droite de la ligne médiane ; pas de matité dans les flancs ni dans les régions déclives.

Diagnostic : perforation probable du duodénum.

Opération 31 heures après le début, Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. S'écoule liquide doré, sirupeux, ayant caractéristique de bile : 1/2 litre et plus. Pas de signe de péritonite. Rien à l'estomac ni à l'intestin.

Branché incision transversale droite. Vésicule petite, rétractée. Sur le fond, plaque jaunâtre arrondie de 0 fr. 50 avec au centre perforation en tête d'épingle, par où s'écoulait de la bile. Incision de la vésicule, ablation de calcul gros comme un gland. Drain dans la vésicule qu'on ne peut amener à paroi. Lit de mèches. Suture paroi.

Fistule biliaire tarie un mois après.

OBS. V.

R. Schweizer (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIV, n° 11, 13 mars 1924, p. 265-266) : *Un cas de cyto-stéatonécrose abdominale après perforation de la vésicule biliaire.*

Une femme de 67 ans, sans antécédents gastriques ni vésiculaires, est prise de douleurs abdominales légères

avec crises intermittentes. Huit jours plus tard ces douleurs s'aggravent au point que la malade doit s'aliter. Puis peu de jours après, elle a des vomissements légers, mais nauséabonds. On la transporte d'urgence à l'asile. A ce moment, facies abdominal, sueurs froides, pas d'ictère. Abdomen dilaté, sensible à la pression, tympanisme dans la moitié supérieure, matité dans les parties basses. Pouls inappréciable à la radiale. Température : 37°4.

Mort le lendemain, c'est-à-dire 15 jours après le début des accidents.

A l'autopsie : péritonite d'origine biliaire, consécutive à la perforation d'une vésicule *calculieuse*. Dans la cavité abdominale, un peu de bile.

Anses intestinales rouges avec des fausses membranes. A la face antérieure du grand épiploon, sur une surface de 10 centimètres environ, taches de stéanécrose grisâtres, larges d'un centimètre ; à sa face postérieure, mêmes taches, mais jaune citron. Deux petits foyers sur le mésentère. Grosse vésicule épaissie, rouge, baignée de pus ; à la partie moyenne, plaque de nécrose de la taille d'une phalange, avec petite perforation centrale. La vésicule est remplie de nombreux petits calculs foncés à facettes. A la partie inférieure du cystique, un petit calcul est enchâssé. Le cholédoque est libre, l'ampoule de Water est perméable. Le pancréas et ses environs paraissent absolument normaux. L'arrière-cavité est vide sans stéanécrose. Foie gros, rate petite. Rien à signaler sur les autres viscères.

L'examen microscopique ne montre sur le pancréas et le sein qu'une dilatation des capillaires avec petites hémorragies ; aucune trace de stéatonécrose. Le foie présente des aspects de grave dégénérescence grasseuse.

La pathogénie habituelle invoquée de la cytostéatonécrose, à savoir l'activation du suc pancréatique et son action digestive sur les tissus ne saurait ici être admise. Peu de bile dans la cavité péritonéale ; la perforation était sur la vésicule, le cystique bouché par un calcul. D'ailleurs, cholédoque et ampoule de Water étaient libres. Pas d'ictère. Pas de stéatonécrose au voisinage de la perforation. Il faut donc exclure l'idée d'un reflux du suc pancréatique.

La nécrose graisseuse est la conséquence du dédoublement des graisses ; celle-ci se produit souvent sous l'influence du suc pancréatique, mais aussi parfois dans des régions où son action ne saurait être invoquée (paroi thoracique, par ex.).

D'ailleurs on peut très bien admettre que la désassimilation du tissu graisseux repose sur des processus physiologiques sujets à perturbation, comme par exemple ceux qui président à la fonction d'excrétion de l'acide urique, provoquant parfois le dépôt de celui-ci au sein de certains tissus.

La théorie humorale de la cytostéatonécrose d'origine pancréatique ne doit donc pas être acceptée comme un dogme.

OBS. VI.

E. G. Waters, New-Jersey (*Medical journal and Record*, t. CXXIII n° 1, 6 janvier 1926, p. 11-13) : *Perforation de la vésicule biliaire avec hémorragie intrapéritonéale.*

Les ruptures et perforations de la vésicule sont souvent d'un diagnostic malaisé. Le cas de Waters tire son intérêt de son aspect clinique particulier avec ulcération de

l'artère cystique laquelle entraîna une hémorragie redoutable en péritoine libre.

Une femme de 63 ans souffrait depuis 10 ans de troubles digestifs augmentés depuis six mois ; amaigrissement de 25 kilos ; douleurs sourdes intermittentes sous-ombilicales. Elle présenta 4 jours avant son entrée à l'hôpital une crise abdominale aiguë : douleurs vives, ballonnement du ventre, vomissements noirâtres qui devinrent fécaloïdes, sueurs froides ; température : 37°2 ; pouls : 140. La distension abdominale et la douleur portaient principalement sur la partie inférieure gauche de l'abdomen ; sonorité diffuse, sauf un peu de matité des flancs. Pas de douleur aiguë, ni de contracture localisée dans les régions appendiculaires, vésiculaires et épigastriques. Au toucher, bombement des culs-de-sac vaginaux ; examen du sang : 20.000 globules blancs dont 85 % de poly. Diagnostic : occlusion intestinale.

Intervention d'urgence à l'éther consistant en une incision verticale et latérale droite. A l'ouverture de l'abdomen du sang libre occupe tout le ventre et le pelvis ; la vésicule rompue contient environ 200 *calculs* dont quelques-uns s'échappent de l'abdomen par une perforation qui siège sur le col et intéresse l'artère cystique ; ce vaisseau saigne en abondance ; pas de pus dans le péritoine. Vu l'état précaire de la malade, on se contente, pour enlever la vésicule, de placer 2 clamps à demeure, l'un sur le col, l'autre sur le ligament cysticohépatique, lesquels assurent une bonne hémostase. Large drainage par une mèche et un drain cigarette au contact du cholédoque ; fermeture partielle de la plaie.

On obtient la guérison après des suites immédiates graves par complications pulmonaires. Ecoulement de

bile par la plaie ; pas d'obstacle au cours de la bile dans le cholédoque. La mèche est raccourcie progressivement, puis enlevée au 10^e jour ; le drain au 20^e jour. La malade sort guérie à la 5^e semaine.

Examen histologique : cholécystique hémorragique greffée sur une cholécystique chronique lithiasique.

OBS. VII.

C. Bertone (*La Riforma medica*, année XLII, n° 2, 11 janvier 1926, p. 32-34) : *Notes sur un cas de rupture spontanée de la vésicule biliaire.*

Ce cas concerne un homme de 50 ans, dont les antécédents pathologiques ne comportaient qu'un ictère survenu 15 ans auparavant et ayant évolué sans fièvre pendant une semaine. Brusquement apparurent des douleurs très vives dans la région épigastrique avec irradiation dans la région appendiculaire ; pas de vomissements ni de fièvre. Le ventre devint rapidement globuleux. On intervint avec le diagnostic de perforation. Le ventre était rempli de bile issue d'un petit orifice situé au fond de la vésicule. On fit une cholécystectomie. La mort survint très rapidement, sans le moindre phénomène thermique. L'examen de la vésicule montra la présence, près du fond, d'un calcul noirâtre et dur ; en un point de la muqueuse, au contact d'un des pôles, existait une dépression noire portant au centre une solution de continuité de 2 millimètres de diamètre. La muqueuse était le siège d'une inflammation chronique.

Il s'agit en somme d'une ulcération de décubitus plutôt que d'un processus inflammatoire vrai ; l'absence de fièvre vint d'ailleurs confirmer le diagnostic.

OBS. VIII.

W. Graef (Neuendettelsau) : *Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre à la suite de la rupture d'un calcul* (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LII, n° 99, 9 mai 1925, p. 1024-1025).

La rupture spontanée d'un calcul dans la vésicule est une chose rare ; mais il est bien plus rare encore de voir un des fragments résultant de cette rupture perforer la paroi vésiculaire. C'est cependant ce qu'a observé Graef chez un homme de 37 ans qui avait présenté quelques mois auparavant une crise de coliques hépatiques avec léger ictère. Il fut pris brusquement d'une violente douleur abdominale avec défense musculaire à droite et température à 39° ; il fut opéré 8 heures après. On trouva une grosse vésicule distendue, épaissie et un peu adhérente, avec sur son fond une perforation large comme une lentille, par laquelle faisait saillie un fragment de calcul ; il y avait du liquide bilieux libre dans le ventre. Cholécystectomie. Guérison.

La vésicule renfermait un calcul gros comme un œuf de pigeon et une série de fragments provenant de la rupture d'un autre calcul ; parmi eux, celui qui avait déterminé la perforation, long de 15 millimètres et très pointu.

OBS. IX.

N. Krstitch, Belgrade : *Quelques cas de perforation de la vésicule biliaire*. Communication au Congrès Yougo-Slave de Médecine opératoire. Belgrade, 5 septembre 1911 in *Srpski Archiv. zatzelskonpno lekartsvo*, t. XVII, 11214, octobre 1911, p. 611 à 613.

K... communique 4 cas de perforation de la vésicule.

Cas 2. — Perforation de la vésicule avec issue de calculs dans le péritoine libre. Cholécystostomie. Mort.

Cas 3. — Perforation de la vésicule dans le péritoine libre. On trouva une oblitération du canal cholédoque. Excision de la perforation et cholécystogastrostomie. Guérison.

Krojen qui a opéré le 3^e cas rapporté par Kr. dit qu'il s'agissait dans ce cas, non pas, comme on l'avait cru, de lithiasé, mais de pancréatite chronique. 15 jours après l'opération, l'urine donnait nettement une réaction de Cammidge positive. K... ne put se livrer à un examen très prolongé de la région à cause de l'état grave dans lequel était le malade. Après avoir nettoyé le péritoine, il pratiqua une anastomose cholécystogastrique de 3 à 4 centimètres de long ; mais au bout de peu de temps, l'ictère reparut. Peut-être était-il dû au rétrécissement de la bouche anastomotique ? K... ne le croit pas et suppose qu'à cause de la longue durée de l'ictère (14 mois), il s'est produit dans les cellules hépatiques des processus dégénératifs empêchant la *restitutio ad integrum*.

OBS. X.

J. Morley et F. Battinson Smith : *Un cas de cholécystite aiguë gangréneuse avec péritonite généralisée survenu dans l'épidémie d'ictère de Gallipoli (British Medical Journal, 25 mars 1916, n° 2882, p. 444-447).*

Les auteurs groupent en trois catégories les cas d'infection ascendante des voies biliaires :

- 1^o Ictère fébrile avec foie hypertrophié et douloureux ;
- 2^o Cholécystite aiguë sans ictère ;

3^o Combinaison des deux premiers types : ictère avec cholécystite aiguë.

L'observation de cholécystite gangréneuse publiée par eux concerne un homme de 22 ans, qui, ayant eu de la diarrhée depuis quelques semaines, présenta, le 5 octobre 1915, des douleurs vives dans l'épigastre avec mauvais état général qui firent croire d'abord à une simple indigestion. Le 7 octobre, l'état s'aggrava et le 8 au matin, il devint évident que le malade présentait une cholécystite avec péritonite généralisée.

Laparatomie immédiate sous chloro : péritonite généralisée. La bile s'est écoulée dans l'abdomen par une petite perforation d'une plaque gangréneuse de la face inférieure de la vésicule biliaire.

Cholécystectomie. Drainage.

Au bout de 18 jours, pneumonie de la base du poumon gauche.

Le malade paraissait en voie de guérison, lorsqu'il fut évacué sur l'hôpital d'Alexandrie où il mourut.

L'examen du liquide de la vésicule biliaire révéla qu'il ne renfermait pas d'amibe, mais le micrococcus tetragenus, le staphylocoque pyogenesaltus et le B. paratyphosus B.

La culture du sang est restée stérile.

L'examen des selles a permis d'y reconnaître la présence de trichomonas hominis actives en grand nombre, d'amibes en petit nombre, du B. paratyphique B.

OBS. XI.

G. J. Devincenzi : *Perforation du duodénum et de la vésicule par ulcères* (Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, t. XI, n° 5, p. 327-333).

Après avoir insisté sur les signes classiques de la perforation du duodénum et montré la difficulté du diagnostic quand le malade est vu tard, en pleine péritonite, l'auteur recommande, dans ce dernier cas, d'aborder l'abdomen par une incision dans la fosse iliaque droite. Suit une observation :

Homme de 42 ans, pris d'une douleur brusque trois jours auparavant avec quelques vomissements. Antécédents d'éthylisme gastrique. La contracture est généralisée. Pas de tympanisme préhépatique. Sous-anesthésie, le maximum de contracture siège dans la fosse iliaque. Aussi fait-on une incision de Mac Burney. Liquide bilieux avec fausses membranes. On referme après avoir fait l'appendicectomie et mis un drain dans le Douglas. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Exploration gastrique négative. Des adhérences limitent une loge entre le mésentère, le foie et les anses grêles, qui contient une grande quantité de bile. On aperçoit alors deux perforations, l'une sur la vésicule, l'autre sur le duodénum, à l'union de ses 2 premières portions situé sur une véritable tumeur. Suture de ces 2 pertes de substances ; on rabat sur elles une portion d'épiploon. Quoique le calibre duodénal paraisse encore suffisant, on fait une gastro-entérostomie. 2 mèches dans la région duodénovésiculaire. Suites, sans aucun incident.

OBS. XII.

Moreau J. et Cogniaux P. (*Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, février 1928) : *Perforation de la vésicule biliaire ; cholécystectomie ; guérison.* (Observation du Dr Ingelbrecht.)

J... Julia, épouse L..., 45 ans. Début le mardi 13 juillet 1926, au soir par une douleur à l'épigastre, puis à l'hypogastre, accompagnée de vomissements peu abondants, alimentaires, puis bilieux.

Le 14, les vomissements ont cessé définitivement.

Le 15, la température est à 37°3, le pouls à 90. Défense à la région vésiculaire, sans confusion possible.

Le 16, on palpe facilement la vésicule, malgré une légère défense. Le point vésiculaire est très douloureux, mais le reste du ventre est souple. La malade fait des gaz, puis a une selle.

Le samedi 19, vers midi, douleurs en coup de poignard dans la fosse iliaque droite ; ictus abdominal.

A 14 h. 30 : facies grippé, pouls à 120, ventre de bois. Douleur exquise au point vésiculaire, mais également droit au-dessous du Mc Burney.

A 16 h. 30, ventre moins douloureux dans le flanc gauche, mais la défense musculaire existe comme à droite.

A 22 heures, le pouls est redevenu plein à 92. Température 37°3 ; le facies a repris son aspect normal.

Le dimanche 18 : température 37°2 ; pouls excellent à 108. Langue humide. Le flanc gauche est libéré. La douleur est plus exquise au Mc Burney qu'à la région vésiculaire. Pas de vomissements, ni selle, ni gaz.

En présence de ces symptômes, le médecin traitant fait transporter la malade à la chirurgie.

On décide l'intervention.

Examen à l'entrée : douleur à la pression légère de la moitié droite du ventre et dans la fosse iliaque gauche avec maximum aux régions appendiculaires et vésiculaires.

Palpation profonde impossible à cause de la défense musculaire.

Facies vultueux ; sueurs abondantes.

Température 37°5 ; pouls 120, régulier, bien frappé.

Intervention le 18 juillet 1926 à 12 h. 15.

Narcose, chlorure d'éthyle, éther. Incision transversale. Le tissu cellulaire a une coloration bilieuse. Epanchement péritonéal biliaire abondant, vésicule libre sans adhérences. Perforation à la vésicule face inférieure vers le milieu : on perçoit un calcul du volume d'une noix. Cholécystectomie rétrograde. Drainage par drains en trois mèches dans l'hypocondre droit.

Reconstitution de la paroi en 4 plans.

Suites opératoires absolument normales.

Sortie le 18^e jour.

Examen anatomopathologique macroscopique : A la face inférieure de la vésicule, perforation de la grandeur d'une lentille entourée d'une zone de nécrose. A la face interne, cette zone se retrouve grande de 2 centimètres sur 3. Le reste de la muqueuse est rouge et tomenteux. Gros calcul comme une noix.

OBS. XIII.

C. H. Lavinder (Wilmington) : *Perforation de la vésicule biliaire au cours du 3^e septenaire d'une fièvre typhoïde : laparotomie ; cholécystostomie, mort et autopsie partielle* (*The Journal of the Am. Méd. Ass.*, 1908, t. L, n^o 23, 6 juin, p. 1901 à 1903).

Chez un homme de 28 ans, le diagnostic hésite pendant 3 semaines entre une fièvre typhoïde et une tuberculose généralisée, lorsque le 20^e jour de la maladie apparaissent brusquement tous les symptômes d'une perforation intestinale. Trois heures après le début, on intervient.

Laparotomie, sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen à droite, à hauteur de l'ombilic, donne issue à un liquide, ayant les caractères de la bile. On ne trouve aucune perforation au niveau du cæcum, de l'appendice, de l'iléon. Mais dans la région de la vésicule biliaire, on tombe sur des adhérences récentes. L'une d'elles se rompt accidentellement et le doigt perçoit un flot de liquide, qui s'épanche dans le péritoine. On agrandit l'incision et on constate une rupture du fond de la vésicule. Comme l'état général du malade devient de plus en plus alarmant, on pratique rapidement une cholécystostomie ; on fixe la vésicule dans l'angle supérieur de la plaie et on draine la cavité à l'aide d'une mèche de gaze.

Au début, il se produit une légère amélioration ; mais la température ne tarde pas à monter à 40° pour ensuite se maintenir à ce niveau et la mort survient le surlendemain de l'opération.

A l'autopsie, on constate qu'il ne s'était pas épanché de nouvelle quantité de bile dans le péritoine. Mais près du

col de la vésicule, on trouve deux perforations obliques de la paroi de ce viscère. La muqueuse est parsemée d'une vingtaine d'ulcérations dont le diamètre varie de 1 mm. à 2 cm. Il n'y a pas de calculs biliaires. Le canal cystique est oblitéré à 1 cm. 5 de sa jonction avec le conduit hépatique ; à ce niveau le cystique est transformé en un cordon fibreux sur plusieurs centimètres d'étendue. Il y a, en outre, une péritonite récente, ainsi que les lésions intestinales que l'on rencontre habituellement dans la fièvre typhoïde.

II. Observations de perforations au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde.

OBS. XIV.

Lavinder, *The Journal of the American Medical Association*
1908.

Homme, 28 ans. Le diagnostic hésite pendant 3 semaines entre fièvre typhoïde et tuberculose généralisée. Le 20^e jour de la maladie, signes brusques de perforation intestinale. Intervention 3 heures après le début des accidents. Laparotomie sur le bord externe du grand droit. Liquide bilieux. Aucune perforation au niveau du cæcum, de l'appendice, de l'iléon. Adhérences récentes dans la région de la vésicule biliaire. Rupture accidentelle de l'une d'elles. Le doigt perçoit un flot de liquide qui s'épanche dans le péritoine. Rupture du fond de la vésicule. En raison de l'état alarmant du malade, cholécystostomie. Drainage de la vésicule. Légère amélioration au début. Mort le surlendemain de l'opération.

Autopsie. — Près du col de la vésicule 2 nouvelles perforations. Muqueuse parsemée d'une vingtaine d'ulcérations. Pas de calculs biliaires. Canal cystique obstrué à 1 cent. 5 de son abouchement dans le cholédoque. A ce niveau le cystique est transformé en un cordon fibreux sur plusieurs centimètres d'étendue. Lésions intestinales habituelles de la typhoïde.

OBS. XV.

Erdmann, *Primary typhoïdal perforation of the Gall-Bladder*
(*Annals of surgery*, juin 1903).

Femme, 46 ans. Fièvre typhoïde grave avec phlébite et deux poussées de cholécystite. A la sixième semaine, en pleine convalescence, survient brusquement, dans la nuit, une violente douleur abdominale. Douze heures après le début, la malade présente un facies anxieux. Pouls 120 ; respiration rapide, température 102° F. ; abdomen assez distendu, particulièrement sensible à la partie supérieure du côté droit.

Incision sur le muscle droit donnant issue à un flot de bile trouble et fluide, inodore, ne renfermant aucune particule alimentaire. Sur la vésicule biliaire on aperçoit une perforation assez large, siégeant près du cystique et par laquelle il s'écoule de la bile. Pas d'autres modifications inflammatoires de la vésicule. Le mésentère et l'intestin très friables baignent dans la bile.

Cholécystectomie facile. Drainage avec une mèche et un drain sur la surface hépatique saignante. Nettoyage de la cavité abdominale au sérum et avec un tampon de gaze. Fermeture de la paroi abdominale, sauf à l'endroit

où sort le drain. Par l'angle inférieur de la plaie, drainage de la fosse iliaque et du pelvis. Guérison parfaite et complète en 3 semaines. A l'ouverture de la vésicule, 2 petits calculs. Ulcérations petites et nombreuses. Cultures : Bacille typhique et coli-bacille.

OBS. XVI.

Monier Williams et M. Sheild, *Lancet*, mars 1895. Cité par Pujebet. Thèse Lille, 1903.

Femme, 31 ans, entrée le 8 septembre 1894. Au onzième jour d'une affection fébrile, douleur soudaine très aiguë dans l'abdomen, avec collapsus marqué. Le 21 septembre, on diagnostique une fièvre typhoïde. Le 23, on soupçonne une perforation intestinale. Cependant les accidents se calmèrent. Le 28 octobre, guérison considérée comme certaine, mais la température restait entre 39°2 et 39°6. Pouls restait à 110. La langue était humide et propre. Durant la 4^e semaine, la température tomba par lysis et la malade entra en convalescence.

Le 30 octobre, la malade ressent de nouveau une douleur assez vive, au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse et on trouve au palper une zone du volume d'une orange, très sensible et mate à la percussion.

Le 31 octobre : L'état général était grave, la température était à 39°5, le pouls à 140, très faible. On pense de nouveau à une péritonite par perforation et l'on juge l'intervention nécessaire.

Opération le 1^{er} novembre 1894, par M. Sheild. Laparotomie médiane. On trouve l'intestin distendu. Inflammation dans l'hypochondre droit puis sous le foie. Vésicule

biliaire enflammée et adhérente, non distendue, de couleur brun violet, présentant dans le voisinage du col une ulcération plus large qu'une pièce de dix centimes. Tentative de suture de la perforation, après examen de la vésicule. Cette tentative demeure infructueuse. On songe à la cholécystectomie, mais on se borne à suturer la partie ulcérée au péritoine pariétal et à drainer avec soin, à l'aide d'une incision complémentaire. Donc cholécystostomie. On ne découvre pas de calculs. La guérison se fit sans trop d'incidents.

OBS. XVII.

(Rapportée par le professeur Quénu, 20 déc. 1910.

Due au D^r Guibal.)

Homme, 34 ans, sans antécédents hépatiques, qui, après avoir traîné pendant une quinzaine de jours, fut obligé de se coucher le 24 juillet dernier. Symptômes nets de typhoïde. La convalescence commença à partir du 25 août. La température rectale s'abaisse à 36°5. Le 28, après 3 jours d'apyrexie complète, douleur subite et violente dans la région du foie. Le thermomètre remonte à 39, le pouls à 90. M. Guibal voit le malade le 1^{er} septembre, soit 3 ou 4 jours après le début des accidents hépatiques. La fièvre persiste ; il y a eu dans la matinée deux vomissements bilieux. La douleur spontanée a disparu, mais la douleur à la pression et la défense musculaire persistent.

Volume du foie normal. Intervention acceptée le lendemain seulement.

Anesthésie à l'éther. Incision en baïonnette, vésicule tendue, débordant le foie et vascularisée. Dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, tache grise paraissant bien indi-

quer le sphacèle. La ponction donne issue à 100 grammes de liquide verdâtre et sanieux, donnant par le repos un dépôt purulent. M. Guibal se décide pour l'extirpation de la vésicule. Sa friabilité rend cette opération laborieuse. Près du cystique il existait d'autres petites plaques sphacélées dont une présentait une perforation par où s'était écoulé le liquide louche, verdâtre, constaté dans le péritoine, à l'ouverture du ventre. En raison de la péritonite, large drainage de l'abdomen. Mort le lendemain. Au cours de l'opération prélèvement de sang. Séro-diagnostic-positif. Examen du contenu vésiculaire qui renferme du streptocoque et du coli. M. Leenhart, qui fit l'examen, dit qu'il ne peut être question d'Eberth d'après les réactions.

OBS. XVIII.

Pujebet, *Fièvre typhoïde à rechutes ; mort au 4^e mois de péritonite par perforation de la vésicule biliaire. Hémorragies intracanaliculaires.* Thèse de Lille, 1903.

Jeune homme, 19 ans, entre le 26 novembre 1898. Diagnostic : Dothiéntenterie ; Séro-diagnostic positif. Jusqu'au 12 décembre, évolution favorable. Ce jour-là, température montée à 39°4. Les phénomènes typhiques s'accroissent. Pour la première fois, violentes douleurs au niveau de l'estomac qui durèrent 1 heure ou 2 puis disparurent, sans qu'on pût les expliquer. Le 19 décembre, réapparition. Morphine. Le 22, selle sanglante abondante. Le 26 nouvelle selle sanglante abondante. Le 9 janvier, brusquement, la température remonte à 40° ; dans la nuit, violentes douleurs d'estomac avec sensation d'étouffement. Vomissement de sang. Selle noire. Après quelques nouvelles crises, le

malade semble entrer définitivement en convalescence lorsque le 5 février, au soir, se produit une crise extrêmement violente qui dura toute la nuit. On songe à une crise de coliques hépatiques. Pas d'ictère. Le 7 février, le facies est péritonéal, conjonctives jaunes, région sous-ombilicale ballonnée très douloureuse, vomissements fréquents. On diagnostique une péritonite. Pendant toute la journée les douleurs persistent ainsi que les vomissements. Pouls à 160. Mort le soir.

Autopsie. — Vésicule biliaire adhérente au côlon transverse. Parois amincies, cavité dilatée, par places l'amincissement est plus prononcé. Les parois présentent des taches verdâtres, correspondant probablement à des ulcérations profondes. Liquide jaune foncé, louche, contenant en suspension des lambeaux membraniformes. La surface interne est blanchâtre ; les parois sont friables ; la muqueuse présente çà et là des ulcérations. A la jonction de la vésicule avec le canal cystique existe une perforation lenticulaire, correspondant à une ulcération de la muqueuse. Ampoule de Water d'aspect normal. Cholédoque dilaté sans trace de lésions. Le canal cystique ouvert a un aspect blanchâtre, sans ulcérations. On est frappé de la différence de coloration des canaux cystique et hépatique.

OBS. XIX.

Prince, citée par M. le Professeur Quénu,
Revue de Chir., 1911, 10 février.

Début de la typhoïde le 31 mai 1908. Réaction de Widal positive. Le 8 juin, le pouls et la température reviennent à la normale. Le 31 juillet, douleur aiguë dans la région

de la vésicule biliaire. Pouls à 110. Vomissements, anxiété.
— Opération le jour même. — Vésicule distendue. Sur le fond, petite escharre à travers laquelle filtre de la bile épaisse et noire. Stomie. Guérison.

OBS. XX.

Ashhurst, citée par M. le Professeur Quénu, *loc. cit.*

Fillette de 12 ans. Perforation de la vésicule au 33^e jour de la typhoïde. Les signes étaient la douleur et la rigidité de la moitié droite de l'abdomen. On avait diagnostiqué une perforation intestinale et on incisa dans la fosse iliaque droite. On y trouva l'intestin baigné dans la bile. L'état étant très précaire on renonce à remonter vers la vésicule et on draine la plaie. Mort.

OBS. XXI.

Ashhurst, citée par M. le Professeur Quénu, *loc. cit.*

Perforation au 42^e jour de la fièvre typhoïde.

Homme de 20 ans. Signes éclatant en pleine convalescence. Douleur localisée ; contracture ; vomissements. Opération 4 heures après. En isolant les adhérences du côlon transverse, on voit un flot de pus venir de la face inférieure du foie. Vésicule petite, adhérente au foie et au côlon. Large perforation sur sa face interne, près du col. Ectomie. Drainage. Guérison.

CONCLUSION

A la fin de cette brève étude, ce sont surtout sur les notions de clinique, que nous insisterons.

1° Les trois quarts des perforations de la vésicule biliaire sont d'origine lithiasique.

2° Le diagnostic des perforations de la vésicule biliaire a été posé exceptionnellement. C'est un diagnostic d'une difficulté extrême étant donné la rareté de cette affection.

3° Le pronostic est d'une grande gravité : 50 % de mortalité globale.

4° Une intervention précoce peut en modifier complètement l'évolution. Tandis qu'après le 4^e jour, l'intervention donne une mortalité à 80 %. Si l'on opère avant 12 heures la proportion est renversée et l'on obtient 85 % de guérisons.

5° L'intervention devra être rapide, avec anesthésie minimum. Dans la plupart des cas, la cho-

lécystostomie avec mèches sous-hépatiques et drainage du Douglas sera l'intervention de choix.

6° Une cholécystectomie secondaire devra être faite si la vésicule n'a pu être enlevée à l'intervention.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

	Étiologie		Symptômes	Diagnostic	Anatomie chirurgicale et Traitement.							Évolution	Pathog. Bactér.
	Age Sexe	Antécédents			Opère au bout de	Incision	La vésicule	Le périty.	Intervention sur la vésicule	Drain périton.			
Lamare et Larget.	35 ans femme	Col. hépatiq.	Début par une douleur vive brutale de la fosse iliaque droite; vomissements. Faciès périton. 39°5 - P. 130. Abdomen ballonné. Ne respire pas. P. ^{de} Mac Burney douloureux + contracture.	Perforat. appendice	30 heures	Mac Burney puis transv. sous-hépatiq.	Perforation grain de mil vers le fond - Calculs = un gros com- me mûre, l'autre calcul brisé.	Bile trouble	Drain dans vésicule. 3 mèches autour	Drain région sous-hép.	Guerison 14 jours	Puits absés intrapariét. Strepto. non hémi de libér.	
Bonamy	45 ans homme	Passé gastr.	Etat général alarmant. S. de péritonite. Matité sous-hépatique.	Périt. aiguë Perfor. gastr.	3 jours	Laparot. transv. sous-costale	Perforation. Pas de calculs.	Pus et bile	Fixation à la paroi. Mickulicz		Guerison		
	42 ans femme	?		append. aiguë perfor.	4 jours	Incision large Mac Burney		Fist. bile pu- rulente. In- testin recou- vré.	Mickulicz vésicule	Mick. Dou- glas	Guerison 1 mois		
			9 mois après nouvelle perforation. Signes de péritonite		2 jours	Lapar. transv. 1 m. vers branch.	Grosse vésicule gangrénée et perforée 70 calculs.		Cholécystectomie		Guerison 25 jours		
	64 ans femme	Obèse-éthyl.	Souffrant du ventre depuis quelques jours.	Appendicite	40 jours	Incis. Mac Burney		Collection pu- rulente avec bile	Jéjun avec Mickul. rég. de la vésicule	Mickulicz dans le Doug.	Mort la soir		
Hautefort	50 ans homme		Début sous forme de coliques abdominales à point de départ sous-hépatique. 8 jours après - état grave - sueurs - 130 - 39°8 météorisme - P. ^{de} vésical très douloureux - contract. des droits. N.B. Ictère.	Cholécystite aiguë	8 jours	Incision de Rehr.	Perforation face infér. près du fond. admet extrémité index - irrégul. à découp. prof. - fragments de calculs + boue bil.	Plus d'un litre bile noire	Mèches autour, drain dedans et dessous.	drain Douglas	Guerison 40 jours		
Grimault.	54 ans homme		Se lève à 5 heures du matin pour aller à son tra- vail et ressent une douleur brutale siégeant à l'hypocondre droit, irradiant aux lombes et à l'épigastre. Nausées sans vomissements. Le lendemain: ventre de bois sous rebord costal droit jusqu'à la ligne médiane abdominale moins tendu ailleurs. + douleur partout mais surtout sous fausses côtes à droite. Angoisse - livide - 36°5 - 100. N.B. Subictère.	Perforation probable au duodénum	31 heures	Incision médiane sus-ombili- branche incision transversale droite	Sur le fond, plaque jaunâtre arrondie 0'50 avec au centre perforation en tête d'épingle Calcul gros comme un gland, vésicule petite, rétractée.	Liquide doré, siru- peux. 1/2 litre et plus	Drain dans vésicule qu'on ne peut ame- ner à la paroi. Lit de mèches		Guerison 1 mois		

	Age Sexe	Antécédents	Symptômes	Diagnostic	Opère au bout de	Incision	La vésicule	Le péric.	Intervention sur la vésicule	Drain périton.	Evolution	Pathog. Bactér.
Laveiger	67 ans femme	néant gastr. néant vésic.	Début: douleurs abdomin. légères avec crises intermittentes. 15 jours après: douleurs aggravées, vomissements li- quides noirs. Facies abdominal, sueurs froides, météorisme, matité parties basses - 37°4 - Pouls incompressible, inappréciable à la radiale.		15 jours	Autopsie	Grosse vésicule épaissie, baignée de pus, à la partie moyenne: plaque de nécrose de la taille d'une phalange. N. petits calculs à facettes - Petit calcul dans le cystique.	bière louche f. membran. plaque de cystite stéatonecrose d'épiploon.			Mort 15 jours	
Waters	63 ans femme	Tr. digestifs.	Début: crise abdom. aigue; douleurs vives, ballonnem ^t du ventre, vomissements noirâtres, qui dev. fécalides. Sueurs froides. T. = 37°2 - P. 140 - Pas de contracture, ni douleur localisée régions appendic., vésic. et épig. Distension abdominale, douleur partie inférieure gauche de l'abdomen.	Occlusion intestinale.	4 jours	Incision verticale et latérale droite	200 calculs. Perforation du col de la vésicule, qui intéresse l'a. cystique, qui saigne abondamment.	Sang.	2 clans à demeure l'un sur le col, l'au- tre sur le ligam ^t cystico-hépatiq. Mèche et drain contact cholédo.		Guerison 5 sem.	
Bertone	50 ans homme	Ictère sans Temp. 15 ans avant	Brusque apparition de douleurs très vives dans la région épigast. avec irradiat. dans la région appendic. - Pas de vomissements, ni de fièvre. Ventre devient rapidement globuleux.	Perforation.			Petit orifice situé au fond de la vé- sicule; près du fond calcul noirâtre et dur en contact d'une dépression noire avec au centre perforation 2 ^{mm}	bile	Cholecystectomie		Mort rapide	Ulcération P. calculs Ulcération de déculéte
W. Graef	37 ans homme	Col hépatiques avec léger ictère 99 ^e jours avant.	Brusquement violente douleur abdomin. avec défense musculaire à droite. T. = 39°		8 heures		Grosse vésicule distendue et épaissie. un peu adhérente, avec sur son fond une perforation large comme une lentille par laquelle faisait saillie un fragment de calcul. Ce fragment long de 15 ^{mm} et très pointu. Autre calcul: gros œuf pigeon dans vésicule.	Liquide bilieux	Cholecystectomie		Guerison	Perforation par calcul pointu.
Krstych	1						Perforation de la vésicule	Calculs	Cholecystostomie		Mort	Pancréatite chronique
	2						Perforation vésicule - Oblitération du cholédoque - Pancréatite chronique		Cholecysto-gas- trostomie		Guerison Jct. ret. persist.	



	<i>Etiologie</i>		<i>Symptômes</i>	<i>Diaagnostic</i>	<i>Anatomie chirurgicale et Traitement.</i>						<i>Evolution</i>	<i>Pathog. Bactér.</i>
	<i>Age Sexe</i>	<i>Antécédents</i>			<i>Ouvré au bout de :</i>	<i>Incision</i>	<i>La vésicule</i>	<i>Le périto</i>	<i>Intervention sur la vésicule</i>	<i>Drain périton.</i>		
Morley	22 ans homme	Au cours épidémie dictère à Gallipoli.	Début = Douleurs vives dans l'épigastre - mauvais état général - simulent indigestion.	Cholecystite sig. avec périton. génér.	3 jours		Petite perforation d'une plaque de gangrène de la face inférieure.	Bile	Cholecystectomie Drain		Guerison puis mort- auter:	Micrococcus tetragenus Staphyloc. pyogenes albus B paratypho sus. B.
Dericenzi	42 ans homme	Sastr. éthyl.	Début = douleur brusque et quelques vomissements 3 jours après. Contract. généralisée; pas de tympe- mique préhépatique — Sous anesth.: maximum contract. dans la fosse iliaque droite.	Péritonite Appendic.	3 jours	Incision Mac Burney puis laparot. médiane sur-ombilic.	2 perforations : une sur vésicule, l'autre sur duodénum, union 1 ^e et 2 ^e portion, située sur véritable tumeur	Bile	Suture des 2 perforations cœplioon + gas- tro-enterostomie 2 mèches dans région duodéno- vésiculaire		Guerison	Tumeur duoden.
Ingelbrecht	45 ans femme		Début = douleur à l'épigastre, puis à l'hypogastre. avec vomissements alimentaires puis bilieux peu abondants. 4 jours après = douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite. Facies grippé. Puls. 120. douleur ex. puis pt vèsic. et Mac Burney.	Péritonite	5 jours ou 24 heures	Incision transversale	Calcul noir. Perforation milieu face inférieure lentiv. Zone de nécrose autour	Bile	Cholecystectomie retrograde. Drain et 3 mèches dans hypocondre droit		Guerison 18 ^e jour	

	Étiologie		Symptômes.	Diagnostic	Anatomie chirurgicale et Traitement.							
	Age Sexe	Antécédents			Opéré au bout de	Incision	La vésicule	Le péritoine	Intervention sur la vésicule	Drain périton.	Evolution	Pathog. Bactér.
Lavinder	28 ans homme	20 ^e jour de typhoïde.	Début brusque.	Perforation intestinale	3 heures	Bord externe grand droit niv. ombilic.	Rupture du fond... 2 perforations obl. p. col. une vingtaine ulcér. muq. 1 ^{mm} à 2 ^{mm} Pas de calculs - Cystique oblitér.	bile. Adh. réc. ant. vésicule.	Cholécystostomie	Mèches abdom.	Mort 2 jours	
Erdmann	46 ans femme	f. ty. grave avec phébrile. 2 poussées cholécystite. pleine convalesc. 6 ^e semaine	Début brusque : violente douleur abdominale. Sensibilité hypocondre droit - météor. faciès anxieux. 102°F - Puls 120.		12 heures	Incision sur muscle grand- droit droit.	Perforation assez large près du cystique - 2 petits calculs - Ulcerations petites et nombreuses.	Flot bile trouble.	Cholécystectomie drain et mèches sous hépatiques	Drain fosse iliaq. et pelvis	Guérison 3 semain.	B. typh. et coli.
H. Williams	31 ans femme	Convalescence 4 ^e semaine fièvre typh.	Début brusque : douleur assez vive au niveau hypocondre droit - Zone du volume orange mate très sensible hypocondre droit Bientôt : temp. 39°5. Puls 140 très faible.	Perforation intestinale	24 heures	Laparotomie médiane	Ulcération du col plus large que dix centimes.		Cholécystostomie		Guérison	
P. Quénu D ^r Guibal.	34 ans homme.	Conval. après 3 jours apyrexie	Douleur subite région du foie. Puis t. 39° puls = 90. 2 vomissements bilieux. Douleur pression défense musculaire région hépatique.	Diagnostic soupçonné.	4 jours	Incision baillonnelle.	Petite plaque sphacèle du col avec une perforation. Tâche grise 5" sur vésicule.	Liquide rouge verdâtre	Cholécystectomie	drain abdom.	Mort 24 heures	Strepto. et coli. pas d'Éberth
Pujebet	19 ans homme	fièvre typh. à rechutes. 4 ^e mois.	Crise extrêmement violente semblable à colique hépatique. 2 jours après = douleur, vomissements fréquents péritonite, faciès péritonéal. conjonctives jaunes - 160	Diagnostic péritonite.		Autopsie	Perforation lenticulaire entre vésicule et cystique - Ulcération muqueuse.				Mort le soir.	
Prince	51 ans homme	fièvre typhoïde dure 9 jours Séro Δ Widal = +	Douleur aigue région vésicule biliaire. Vomissements. 110 anxiété.		12 heures		Petite escarre du fond - à travers de laquelle filtre bile épaisse		Cholécystostomie		Guérison	
Ashturst 1	12 ans femme	fièvre typh. 33 ^e jour.	Douleur 1/2 abd. - douleur localisée - vomissements rigidité 1/2 dr. abd. Contract. Etat très précaire.	Δ perforat. intestinale		Incision fosse iliaque droite	?	bile	drain		Mort	
2	20 ans homme	42 ^e j. fièvre typh. Pleine convalesc.	Douleur localisée - Vomissements. Contracture		4 heures		Large perforation face interne près du col.	flot de pus en bil. adh. sous hép.	Cholécystectomie drain		Guérison	

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander (E. G.).* — Acute perforation or rupture of gall-bladder (Ann. Surg. 86 : 765-770, novembre 1927).
- Arnaud (L.).* — Traitement des péritonites diffuses aiguës. Th. Lyon, 1910-1911.
- Auvray.* — Perforation du col de la vésicule biliaire ; péritonite purulente généralisée ; laparotomie ; mort (Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1899, p. 771).
- Arx (Von).* — Über Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle (Korrespondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1902, nos 19 et 20).
- Baldassari et Gardini.* — Experimenteller Beiträge z. Behandlung der Perforationen und zerreissungen der Gallenblase (Münch. med. Wochenschr., 1902, n° 46).
- Baldwin* (de Columbus, Ohio) in *Moynihan.* — Gallstones and their surgical treatment. Saunders. Philadelphia, 1905.
- Berthelsmann.* — Deutsche Medizinische Wochenschrift, t. XXXVII, n° 24, 15 juin 1911, p. 1114 à 1116.
- Bertone (C.).* — Sovra un caso di rottura spontanea colististi (Riforma med. Napoli, XIII, 32-34).
- Blanstein (N.).* — Perforation peritonitis with large encysted gallstone in right nephric space ; report of case (Ann. S. Surg. 2 : 585-588, June 27).

- Bonamy (R.)*. — Trois cas de rupture de la vésicule biliaire (Paris chirurgical, 19 : 62-65, février 1927).
- Bonnet (P.)*. — Péritonite biliaire ; drainage de Douglas et exclusion de la loge sous-hépatique ; cholécystectomie secondaire ; guérison (Société de Chirurgie de Lyon, 22 février 1923, in Lyon chirurgical, t. XX, p. 527-531. Obs. I).
- Bordes*. — Des perforations de la vésicule biliaire calculeuse. Thèse Lyon, 1905-1906.
- Braithwaite*. — Acute Perforation of Gall Bladder (British medical Journal, 24 mai 1913, p. 1096).
- Bricka*. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire. Th. Lyon, 1898-99.
- Brin*. — Soc. de Méd. d'Angers, 1910.
- Brunner*. — Erfahrungen auf dem Gebieten der Chirurgie der Gallenwege (Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte, 1909 XXXIX, n° 9, observation XXIII, p. 294 ; obs. XXXIII).
- Camac*. — The Johns Hopkins Hospital Reports, t. VIII.
- Cine et Viton*. — Sur un cas de perforation de la vésicule biliaire. Inondation péritonéale. Intervention immédiate et guérison complète (Revista de la Sociedad Medica Argentina).
- Cooper Ashhuzot (A. P.)*. (Philadelphie). — Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde. Cholecystectomy, guérison (American Journal of the Medical Sciences, 1908, n° 433, anal. p. 541 à 551, 2 fig.).
- Cotte et Arnaud*. — Traitement des perforations biliaires en plein péritoine au cours de la lithiasé (Rev. chir. mars 1911, p. 338 à 378).
- Courvoisier*. — Beitrage z. Path. und Chir. den Gallenwege.

Leipzig, 1890. 1891, n° 32 (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie).

Czerny. — Jahresbericht der Heidelberger Klinik für 1901 (Beitrag zur Klinischen Chirurgie, 1902, t. 36, Supp. p. 23 et 143, n° 754).

Delagenière. — Statistique des opérations pratiquées au Mans pendant les années 1908 et 1909 (Archives provinciales de chirurgie, 7 juillet 1910, p. 387).

Delahaye. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées des canaux biliaires au cours de la lithiase. Th. Lille, 1918-1919.

Devincenzi (G. S.). — Perforation du duodénum et de la vésicule par ulcères (Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, t. XI, n° 5, p. 327-333).

Ehrhardt. — Ueber die von den Gallenwegen ausgehenden Peritoniditen (Archiv. für Klin. Chirurgie, 1904, t. 64, p. 658-668).

Enderlen et Justi. — Ueber die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defekten der Gallenblase durch transplantiertes Netz (Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 1901, Bd. LXI, H. 3 et 4).

Erdmann. — Primary typhoidal perforation of the Gallbladder. Annals of surgery, juin 1903.

Fazio (J. M.). — Perforaciones de la vesicula biliar en peritoneo libre en el curso de la litiasis biliar. (Semana med., 1 : 140-157, janv. 17, 29).

Fifield (L. R.). — Perforation and rupture of the Gallbladder (Brit. M. S. Lond., 1926, 635).

Finck (Karlsbad). — Rupture de la vésicule calculeuse dans la cavité péritonéale (Prager med. Wochenschrift, 1907, p. 665).

Georg (C. P.). — Rupture of the Gallbladder ; report of

- a case with operation and recovery (S. Med. Sc. Grand Rapids, 1925, XXIV, 595-597).
- Graef (W.)* (Neuendeltelsau). — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre, à la suite de la rupture d'un calcul (Zentralblatt für Chirurgie, t. LII, n° 19, 9 mai 1925, p. 1024-1025).
- Grimault*. — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., 54, 1302-1306, 8 déc. 1928).
- Guibé*. — Cholécystite calculeuse ; perforation de la vésicule dans le péritoine libre (Société anatomique de Paris, 13 octobre 1911).
- Hallet*. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 821).
- Hallé-Marquezy*. — Cholécystite perforante et gangréneuse à b. perforans (Soc. Méd. Hôp. Paris, 30 décembre 1921 ; Bull. et Mém. de la Soc., 1922, p. 49).
- Härtig* (Karlsruhe). — Beiträge zur Perforation und Necrose der Gallenblase (Beiträge zur Klin. Chirurgie, t. 68, 2 juin 1910, p. 492 à 521).
- Hartmann*. — Chirurgie des voies biliaires, p. 103, 1 vol. Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris.
- Hautefort*. — Rupture de la vésicule biliaire au cours d'une cholécystite aiguë. Cholécystostomie. Guérison (Paris chir., 1921, p. 331).
- Hirschel*. — Operative therapie der akuten diffusen eitrigen Peritonitis (Beitr. z. Klin. Chir., 1907, t. 56, p. 272).

- Münschener medizin Wochenschr., 12 avril 1910, n° 15.
- Hochenegg.* — Ein Fall von Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle (Wiener Klinische Wochenschrift, 1899, n° 21, p. 565).
- Huguenin.* — Virchows Archiv., CLXXII, p. 552.
- Jaboulay in Rivière.* — Cholécytite calculeuse ; rupture de la vésicule biliaire. Communication à la Société de Médecine (Lyon médical, 1903, II, p. 826).
- Jenckel.* — Beitrag zur Chirurgie der Leber und der Gallenwege (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1909, t. 102, p. 337, obs. VII).
- Johannessen (C.).* — Acute cholecystitis without stone, with spontaneous perforation of gallbladder Norsk Mag. f. Lægevidensk., 88 : 593-597, july 1927).
- Kehr.* — Drei Jahre Gallenstein-Chirurgie, 1908, p. 486, obs. n° 291.
- 59 bemerkenswerthe Operationen am Gallensystem aus den Jahren, 1907 et 1908 (Arch. f. Klin. Chir., 1909, t. 89, p. 152),
- König.* — Ueber die durch spontan Ruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle (Deutsch. med. Wochenschr., 1902, n° 7).
- Körte.* — Beitrag zur Chirurgie den Gallenwege und der Leber. Berlin, 1905, obs. 105, p. 110 et obs. III, p. 386.
- Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen (Arch. f. Klin. Chir., 1909, LXXXIX, p. 32, obs. XIX et XX, XXI, XXII, XXIII, XXV).

Krstitch (N.) (Belgrade). — Quelques cas de perforation de la vésicule biliaire (Communication au Congrès yougo-slave de Médecine opératoire. Belgrade, 5 sept. 1911 in Srpski. Archiv. zatz-clokonpno lekartsvo, t. XVII, n° 214, oct. 1911, p. 111 à 613).

Kummel in Goldammer. — Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege (Beiträge zur Klin. Chirurgie, 1907, t. LV, p. 58, obs. VI ; p. 60, obs. X ; p. 61, obs. XI-XII ; p. 137, obs. CVI).

Küster. — XVI^e Congress der deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1897.

Laren (Mac). — Perforation of Gallbladder (Annals of Surgery, 1906, I, p. 161).

Lecène. — Observation inédite citée par Cotte et Arnaud ; perforations biliaires (Revue de Chirurgie, 10 mars 1911, p. 369).

Lavinder (C. H.) (Wilmington). — Perf. de la vés. biliaire, au cours du 3^e sept. d'une fièvre typhoïde. Laparotomie, cholécystostomie, mort et autopsie partielle (The Journal of the Am. Med. Ass., 1908, t. L, n° 23, 6 juin, p. 1901 à 1903).

Lippmann. — Le microbisme biliaire normal et pathologique. Th. de Paris, 1903-1904.

Maire. — Deux cas de rupture spontanée de la vésicule biliaire (Congrès français de Chirurgie, 1907, p. 308, obs. II).

— XX^e Congrès de Chir., 8 oct. 1904.

Marionnet. — Contribution à l'étude des perforations biliaires dans le péric. libre, au cours de la lithiase. Th. Lyon, 1910-1911.

Martens. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin. Séance du 10 mai 1909, in *Presse médicale*, 31 juillet 1909, p. 549.

Marwedel in *Merk.* — Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenstein (Mitteilungen der Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, 1902, IX, p. 582).

Meriwether (*Ashevilk N. C.*). — Perfor. et rupt. de la vésic. bil. (*New-York Med. Journ.*, t. XCI, n° 7, 12 février 1910, p. 337-348).

Mitchell (*Ed. J. R.*). — Hidden perforation of gallbladen (*Ann. Surg.*, 88 : 200, Aug. 28 (91244).

Moreau (*J.*) et *Cogniaux* (*P.*). — Perforation de la vésicule biliaire ; cholécystectomie ; guérison (*J. de Chir. et Ann. Soc. belge de Chir.*, 29 : 5257, fol. 28).

Mosetig Moorhof (*Von*). — Beiträge zur Casuistik der abdominal. Chirurgie. Spontanperforation der Gallenblase (*Wiener mediz. Presse*, 16 février 1902, p. 306).

Morley (*J.*) et *Battinson Smith* (*F.*). — Un cas de cholécystite aiguë gangréneuse avec péritonite généralisée survenue dans l'épidémie d'ictère de Gallipoli (*British Medical Journal*, 25 mars 1916, n° 2882, p. 444-447).

Narath. — Jahresbericht der Herdelbergen chirurg. Klinik f., 1906, *Beiträge*, 1907, t. 55, supp., p. 30, obs. XCI.

Neck. — Über Operation behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1904, Bd 71, p. 334).

Newbolt (G. P.). — A case of perforated Gall bladder simulating perforated Gastric Ulcer (The Lancet, 31 mai 1902, t. I, p. 1534).

Noetzel. — Experimentelle Untersuchung z. Gallenblasen perforations. Peritonitis (Arch. f. Klin. Chir., t. LXXXVIII, p. 161-190).

— Behandlung der Peritonitis (Beiträge z. Klin. Chirurgie, 1905, t. XXXXVII, Hft 2).

— Die operative Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir., 1909, p. 701).

Nordmann. — Über die chirurgische Behandlung der diffusen Peritonitis (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir., 1909, t. II, p. 216, obs. I et obs. II).

Patel. — Perforation d'une vésicule biliaire en péritoine libre ; cholécystectomie précoce (Société de Chirurgie de Lyon, 5 février 1914).

Pop (A.). — Ein fall von Perforation peritonitis bei ambulatem Paratyphus B (Zentralbl. f. Chir., 56 : 77-79, janv. 12-19).

— Ein operierter und geheilter Fall von Perforations peritonitis bei post-typhöser, eitriger Cholecystitis (Zentralbl. f. Chir., 56 : 391-393, feb. 16-29).

Porzelt (W.). — Über Durchbruchperitonitis der stiengefüllten Gallenblase und Gallensteinwanderung in der Bauchhöhle (Zentralbl. f. Chir., 55 : 1993-1995, Aug. 11, 28).

Pozzi (E.). — Las perforaciones de la vesicular biliar en peritoneo libre (Rev. de cir., 8 : 122-128, march 29).

- Pujebet.* — Perf. de la vésicule bil. au cours de la typhoïde (Th. Lille, 1903; P. M., 31 juillet 1909, 25 déc. 1909, 1^{er} avril 1911).
- Quénu.* — Soc. de chir., 2 mai 1906; Bull. de la Soc., p. 463. Soc. chir., 21 décembre 1910; Bull.
- Riedel.* — Die Frühoperation der akuten schweren Cholecystitis (Deutsche Mediz. Wochenschr., 1908, t. I, p. 953-958. Obs. I, III).
- Riedel in Thiemann.* — Diffuse Peritonitis von der Gallenblase ausgehend (Arch. für Klin. Chir., 1910, t. 92, p. 609).
- Ricketts.* — Rupture of the Gall Bladder (Saint-Louis med. Review, 1905).
- Roersch.* — Note sur 3 cas de perforation des voies biliaires avec migration anormale des calculs (Annales de la Soc. médico-chir. de Liège, 1904, n° 2).
- Routier.* — Rupture spontanée des voies biliaires (Soc. de Chir. de Paris, 1909, p. 1311).
- Savariaud, de Butler et Papillon.* — Perforation d'une vésicule biliaire au cours d'une cholécystite lithiasique suppurée (Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1920, p. 296).
- Schnitzler.* — Gallenblasen ruptur; Extirpation (Wiener med. Gesellschaft in Münchener mediz. Wochenschrift, 1903, n° 19).
- Schönborn, in Naunyn.* — Klinik der Cholelithiasis, p. 83.
- Schweiger (R.).* — Un cas de cystostéatonécrose abd. apr. perforat. de la vésicule bil. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift, t. LIV, n° 11, 13 mars 1924, p. 265-266).
- Smith (W.).* — Rupture of an intraleptic bile duct with

- fatal peritonitis (Ann. Surg. Phila., 1926, t. XXXIII, p. 55-68).
- Straeter (Max)*. — Traitement opératoire de la lithiase biliaire (II^e Congrès international de Chirurgie. Bruxelles, 1908, t. I, p. 103. Obs. I).
- Thébault*. — Contrib. à l'étude des rupt. spontanées des canaux bil. dans le péritoine. Th. Paris, 1912.
- Thiel*. — Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle (Centralblatt f. Chir., 1904, n^o 10).
- Torrance*. — Reports of two Cases of ruptured Gall-bladder (The Boston medic. and surg. Journ., 30 juillet 1908, n^o 5, p. 144-146).
- Ullmann*. — Ueber die Perforation der Gallenblase in die Bauchhöhle (Wiener mediz. Woch., 1899, n^{os} 25 et 26).
- Verral (J.)*, 1897. — Ulceration and Ruptur of Gallbladder (Brit. med. Rep., 7 août 1897).
- Vescomelos (M. de)*. — Perforation into free peritoneum case (Lisboa med., 5 : 582-585, Aug. 28).
- Villard*. — In th. Bordes, *loc. cit.*, obs. VII.
- Walker*. — Trans. Amer. Surg. Assoc., 1905, vol. XXIII. p. 306 (in Mc Williams, cas 69).
- Waters (E. G.)*. — Perforation of the Gallbladder intra-peritoneal hemorrhage report of a case (Med. J. et Rec. N.-Y., 1926, CXXIII-II).
- Whitacre*. — Ohio State Med. Journal, mai 1911 (in Mc Williams, cas 85).
- Weigel*. — Deutsche Zeitschrift für Chir., 23 août 1903, p. 71.
- Williams (Mc)*. — Perforation aiguë spontanée du système biliaire en péritoine libre. Annals of Surgery, 1912, vol. LV, p. 235 (obs. I).

901. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-30
